



# STATES' 4-H INTERNATIONAL EXCHANGE PROGRAMS 2018 SUMMER OUTBOUND PROGRAM MEDICAL FORM (Chaperones)

予防接種記録・病歴

Participant's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
参加者名 生年月日 Month/Day/Year

Name of Japanese Organization (Labo/LEX/Utrek): \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_  
交流団体記入欄 州 (米国人用)

### Must be completed by a physician

**To the Examining Physician:** This individual will be chaperoning a group of youths participating in a cross-cultural exchange program. The applicant must have a high degree of motivation and the ability to adjust to different social and cultural backgrounds, and help the youths deal with difficult circumstances. Sound health is vital. Your careful and complete evaluation of the applicant's health will be helpful in determining his/her assignment. **This form must be completed based on the examination which occurs within one year of the date of departure.**

主治医の皆様へ：上記人は、国際交流活動に参加いたします。つきましては、4-8 週間の海外生活に支障のない健康状態であるかどうか、本人と面談の上、下記4枚の項目について記入し、ご署名下さいますようお願い申し上げます。

**1. Does he/she have any allergies or reactions to drugs or non-drug items?**

アレルギー、薬品の副作用がありますか？

**Medicines:** 薬品でアレルギーをおこすもの

Penicillin or Related Drugs (ペニシリン系薬品) : Yes  No

Aminopyrine or Sulpyrine Type Drug (ピリン系薬品) : Yes  No

Others (その他) : \_\_\_\_\_

Types and degree of reaction (反応の症状と程度) : \_\_\_\_\_

**Non-Drug Items:** 薬品以外でアレルギーをおこすもの

Bees (蜂)  Pollen(花粉)  Dogs(犬)  Cats (猫)  Small Animals (小動物)

Foods (食べ物) \_\_\_\_\_

Other non-food items (その他) : \_\_\_\_\_

Types and degree of reaction (反応の症状と程度) : \_\_\_\_\_

**2. Is this person subject to any of the following? If YES, please explain condition and/or frequency in detail.**

下記の病気や症状がありますか？あれば症状、頻度も書き添えて下さい。

Condition/Frequency 症状・頻度

Asthma/Respiratory Problems (喘息・呼吸器の病気) Yes  No  \_\_\_\_\_

Diabetes/Hypoglycemia (糖尿病・低血糖) Yes  No  \_\_\_\_\_

Heart Trouble (心臓疾患) Yes  No  \_\_\_\_\_

Lung Trouble (肺疾患) Yes  No  \_\_\_\_\_

Fainting Spells (失神) Yes  No  \_\_\_\_\_

Convulsions (ひきつけ痙攣) Yes  No  \_\_\_\_\_

Epilepsy (てんかん) Yes  No  \_\_\_\_\_

Skin Disease (皮膚の病気) Yes  No  \_\_\_\_\_

Kidney/Gall Bladder/Liver Disease (腎臓・胆嚢・肝臓) Yes  No  \_\_\_\_\_

Muscular/Skeletal Problem (筋肉又は骨の障害) Yes  No  \_\_\_\_\_

Emotional or Mental Disorder (情緒不安定) Yes  No  \_\_\_\_\_

Stomach/Intestinal Problem (胃腸障害) Yes  No  \_\_\_\_\_

Any Other Disorder (Please list and explain) その他の病気や症状があれば説明してください。 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Does he/she have difficulties with any of the following?**

下記の障害や、健康上注意を要する点がありますか？あれば、注意書きも書き添えて下さい。

Remarks 注意書き

- Eyes (視力等、目の障害) Yes  No  \_\_\_\_\_
- Uses Contact Lenses (コンタクトレンズ使用) Yes  No  \_\_\_\_\_
- Ears (聴力等、耳の障害) Yes  No  \_\_\_\_\_
- Nose (鼻の障害) Yes  No  \_\_\_\_\_
- Throat (咽喉障害) Yes  No  \_\_\_\_\_
- Digestion (消化障害) Yes  No  \_\_\_\_\_
- Sleepwalking (夢遊病) Yes  No  \_\_\_\_\_
- Bed-Wetting (夜尿症) Yes  No  \_\_\_\_\_
- Menstrual problems (生理障害) Yes  No  \_\_\_\_\_
- Any other Difficulties: (Please list) \_\_\_\_\_  
その他の障害

**4. Any surgical operations, accidents, or injuries which required hospitalization in the past?**

今までに手術や事故、またはけがで入院した事がありますか？

Yes  No  Explain: あればどんなけが、手術だったか記入して下さい。 \_\_\_\_\_

**5. Are there any physical activities that the he/she is restricted from doing?**

健康上制限されている行動がありますか？あれば、説明して下さい。

Yes  No  If YES, please list: \_\_\_\_\_

**6. If an applicant is carrying medicines/prescriptions, fill in the following. Please note that common**

**ADD/ADHD medications, such as Adderall (amphetamine and dextroamphetamine), are illegal in Japan.**

薬品又は処方箋を留学先に携帯してくる場合は下記に記入して下さい。処方箋の場合は、薬品名の前に"P"と記入して下さい。

Name of Medicine 薬品名	Illness/Symptoms 病名・症状	Dosage/Times Taken 服用 (量・回数)

**7. Any recent exposure to a contagious disease? 最近、伝染病にかかったことがありますか？**

Yes  No  Explain: あればどんな伝染病だったか記入して下さい。 \_\_\_\_\_

**8. Is this person currently under a doctor's care (for reasons other than routine care)?**

現在医者にかかっていますか？あれば何のためにかかっているか記入して下さい。

Yes  No  Explain: \_\_\_\_\_

**9. Any additional information the host parents should be aware of?**

ホストが知っておいた方がよい健康上の問題がありますか？

Yes  No  Explain: \_\_\_\_\_

**10. Inoculation History 予防接種記録 - fill out below or attach vaccination records.**

Vaccine ワクチン	Number 回数	Date of injection 接種年月日	Vaccinated by/at 予防接種実施場所	Contracted? 発症歴の有無	Date contracted (M/D/Y) 発症年月日
Measles はしか	1st <input type="checkbox"/>			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	2nd <input type="checkbox"/>				
Mumps 流行性耳下腺炎	1st <input type="checkbox"/>			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	2nd <input type="checkbox"/>				
Rubella 風疹	1st <input type="checkbox"/>			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	2nd <input type="checkbox"/>				
Chickenpox 水痘	<input type="checkbox"/>			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Polio (OPV)小児麻痺	1st <input type="checkbox"/>			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	2nd <input type="checkbox"/>				
	3rd <input type="checkbox"/>				
	4th <input type="checkbox"/>				
DPT 三種混合 Diphtheria ジフテリア Pertussis 百日せき Tetanus 破傷風	1st <input type="checkbox"/>			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	2nd <input type="checkbox"/>				
	3rd <input type="checkbox"/>				
	4th <input type="checkbox"/>				
	5th <input type="checkbox"/>				
Tuberculosis 結核	<input type="checkbox"/>			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Hepatitis B B型肝炎	1st <input type="checkbox"/>			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	2nd <input type="checkbox"/>				
	3rd <input type="checkbox"/>				
Others その他				Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

**11. Considering the statements above, your examination, and any information you may have provided in connection with the above questions, is there any reason you would question his/her participation in this program?**

以上の診察の結果、国際交流参加に健康上なんらかの支障があると思われるですか？無ければNoに、あると思われる場合はYesにX印を付け、下線部にその理由を説明して下さい。

Yes  No  Explain: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

For additional comments, please use an extra sheet of paper.

健康状態で事前にホストファミリーに伝えておきたいことがあれば別紙に記入して下さい。

Date of examination upon which this report is based: \_\_\_\_\_  
 診察年月日

I have given a thorough physical examination and reviewed the medical history of the chaperone. I certify that all important medical information has been included and that the above information is complete and accurate.

以上の診察の結果、この診断書に記載されていることは、すべて事実であることを証明します。

<p><b>Physician's Name/Address</b>                  医師の氏名・住所</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Date: Month/Day/Year _____                  記入年月日 (西暦)</p>
--

<p><b>Physician's official stamp and signature</b>                  医師の署名と印</p>
---