BKP2024 APCC

※全員提出　【提出期限】2024年12月31日



|  |  |
| --- | --- |
| **APCC ID**  ※事務局使用欄 |  |

**医療情報シート**

**≪全て日本語で記入≫**

　※**記載の情報は、海外で病院を受診する際などに必要になります**。必ず保護者の方がご記入くださいますようお願い申し上げます（シャープペン不可）。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏名** |  | | **派遣先の国・地域名** | |  | |
| **生年月日** | （例：2010年5月20日→2010/05/20） | | **性別**  いずれかにチェック | | □男  □女 | |
| **平熱** | ℃ | **血液型**  いずれかにチェック | | □A　□B　□O  □AB　□不明 | | □Rh+　□R－  □不明 |
| **身長** | cm | **体重** | | kg | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.予防接種歴** | | | | | |
| 予防接種を受けたもの、もしくは罹患したことのある感染症にはその年（西暦）を書いてください | | | | | |
| **病名** | **接種した年** | **発症した年** | **病名** | **接種した年** | **発症した年** |
| **（例）新型コロナウィルス感染症** | ①2021年8月②2022年2月 | 2023年 | **（例）風疹** | 2011年 |  |
| **新型コロナウィルス感染症** |  |  | **風疹** |  |  |
| **麻疹** |  |  | **おたふく風邪** |  |  |
| **肺結核** |  |  | **水ぼうそう** |  |  |
| **日本脳炎** |  |  | **B型肝炎** |  |  |
| **破傷風** |  |  | **ポリオ** |  |  |
| **マラリア** |  |  | **その他（ ）** |  |  |
| **その他**  **（ ）** |  |  | **その他（ ）** |  |  |

　　※2頁目もご記入ください。

**2.既往症**

既往症についてご記入ください。無い場合は、一番上の欄に＜なし＞と記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **病名** | **発症年**  （西暦） | **現在の状況**  （通院状況、症状、発作頻度など） | **服薬の有無** | **薬名** | **服薬の頻度** |
| **（例）　喘息** | **2023年** | 半年に一度通院/現在発症なし | **／ 無** | エアゾール | 症状が出た時 |
| **喘息** |  |  | **有　／ 無** |  |  |
| **アトピー性皮膚炎** |  |  | **有　／ 無** |  |  |
| **その他（ ）** |  |  | **有　／ 無** |  |  |
| **その他（ ）** |  |  | **有　／ 無** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.アレルギー** | | |
| アレルギーのある方は詳細をご記入ください。ない場合は、一番上の欄に＜なし＞と記入してください。※軽度の花粉症については、記載不要。 | | |
| **原因となるもの** | **アレルギー症状** | **対処方法**  ※具体的にご記入ください |
| **（例）　　卵** | **かゆみ** | 病院でもらったかゆみ止めを塗る  加熱しているものは問題ありません。 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **4.その他** |
| ホストファミリーに知っておいてもらいたいことがあれば、ご記入下さい。（例：乗り物酔いしやすい、など）  **※募集要項記載の通り、特別な配慮は致しかねますのでご了承ください。** |
|  |

