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。** |
|  |

