

BRIDGE KIDS PROGRAMS

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
平熱	℃	血液型 いずれかにチェック	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> Rh+ <input type="checkbox"/> R- <input type="checkbox"/> 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) 新型コロナウイルス感染症	①2021年8月 ②2022年2月	2023年	(例) 風疹	2011年	
新型コロナウイルス感染症			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	有 / 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。

--