

## BRIDGE KIDS PROGRAMS

APCC ID  
※事務局使用欄

## Medical Information 医療情報シート

※英語でご記入ください。ただし2・3・4は英語と日本語でご記入ください。※

※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。必ず保護者がパスポートを確認しながら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)

Name 氏名	Given name 名 Surname 姓	Country/Region 派遣先の国・地域名	
Date of birth 生年月日	(例: 2010年5月20日 → 20 May 2010)	性別 Sex	<input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女
Normal Temperature 平熱	℃	Blood Type 血液型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> Unknown 不明 <input type="checkbox"/> Rh+ <input type="checkbox"/> Rh- <input type="checkbox"/> Unknown 不明
Height 身長	cm	Weight 体重	kg

## 1. Immunization History 予防接種歴

Please indicate whether the patient has already been immunized or infected by the disease and when.

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。以下に記載がない場合は、その他の欄に英語で記入してください。

Condition 病名	Immunized Year 接種した年	Infected Year 発症した年	Condition 病名	Immunized Year 接種した年	Infected Year 発症した年
(e.g.) Japanese Encephalitis 日本脳炎	①2021 ②2022	-	Rubella (風疹)	2011	2014
Measles (麻疹)			Mumps (おたふく風邪)		
Pulmonary Tuberculosis (肺結核)			Chickenpox (水ぼうそう)		
Japanese Encephalitis (日本脳炎)			Hepatitis B (B型肝炎)		
Tetanus (破傷風)			Polio (ポリオ)		
Malaria (マラリア)			Others その他 ( )		
Others その他 ( )			Others その他 ( )		
Others その他 ( )			Others その他 ( )		

※2 頁目もご記入ください。

**2. Previous Diseases (既往歴) ※現在の状況・薬名・服薬の頻度は英語／日本語でご記入ください**

Please indicate whether the patient is suffering from or suffered from any of the following or any other condition.

既往症についてご記入ください。

Condition (病名)	Age of on set (発症年齢)	Current State of the Disease 現在の状況 (Hospital Record, Symptom, Seizure Frequency) (通院状況、症状、発作頻度など)	Medication (服薬の有無)	Medicine (薬名)	Dosing Frequency (服薬の頻度)
(e.g.) Asthma 喘息	2023	Attends a hospital/clinic every six months for monitoring, and is currently symptom-free. 半年に一度通院/現在発症なし	Yes / No	Aerosol エアゾール	when symptoms appear 症状が出た時
Asthma (喘息)			Yes / No		
Atopic Dermatitis (アトピー性皮膚炎)			Yes / No		
Urticaria / Hives (蕁麻疹)			Yes / No		
Others ( )			Yes / No		
Others ( )			Yes / No		

**3. Allergies アレルギー ※原因となるもの・アレルギー症状・対処方法は英語／日本語でご記入ください**

Please list allergies and its details if your patient have any.

アレルギーのある方は詳細をご記入ください。※軽度の花粉症については、記載不要。

Cause of Allergy 原因となるもの	Allergic Symptoms アレルギー症状	Treatment to Relieve Symptoms 対処方法 Please describe in concrete terms (具体的にご記入ください)
(e.g.) Egg 卵	Pruritus (itching) かゆみ	put on the anti-itch medicine prescribed by the hospital. Cooked egg is fine. 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. Additional Information その他 ※英語／日本語でご記入ください**

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：夜尿症、乗り物酔いしやすい、発達障害 など)

Please give any information that may be relevant when staying with a Host Family. (e.g. nocturnal enuresis, motion sickness, ADHD or any developmental disorders etc.) ※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。As stated in the application guidelines/requirements, please understand that we cannot make special, individual accommodations. Therefore, the children must handle any issues that arise during the homestay themselves.