

Medical Information Sheet 健康状況調査票

一人一部提出

Name of Student (児童生徒氏名)	
Date of Birth (生年月日)	

Blood Type 血液型
A B AB O Unknown

	Disease or Items	病名、項目	Yes / No	病気の有・無
1	Anaphylaxis	アナフィラキシー	Yes / No	有・無
2	Allergy to Bccs, Wasps, etc	アレルギー: 蜜蜂、スズメ蜂、その他	Yes / No	有・無
3	Allergy to Medication such as Penicillin	アレルギー: ペニシリン等の薬物	Yes / No	有・無
4	Asthma	喘息	Yes / No	有・無
5	Hay Fever	花粉症	Yes / No	有・無
6	Epilepsy	テンカン	Yes / No	有・無
7	Dizziness or Faint	めまい、卒倒	Yes / No	有・無
8	Migraine or Headache	偏頭痛、頭痛	Yes / No	有・無
9	Frequent Nosebleeds	頻繁な鼻血	Yes / No	有・無
10	Child's carrying medication	薬を携帯していますか	Yes / No	有・無
11	Requirement of Medication Assistance	薬を飲む指導・指示が必要です	Yes / No	有・無
12	Diabetes	糖尿病	Yes / No	有・無
13	Sight disability	視覚障害	Yes / No	有・無
14	Hearing disability	聴覚障害	Yes / No	有・無
15	Convulsion	けいれん	Yes / No	有・無
<Others: その他特記事項があればご記入下さい>				

Medicare No. : メディケアナンバー	
Family Doctor: かかりつけの医者	Phone No.: 電話番号

	Immunizations	予防接種各種	Yes / No	接種の有・無
1	DPT(Diphtheria/Pertussis/Tetanus)	子供用(三種混合)ジフテリア・百日咳・破傷風	Yes / No	有・無
2	MMR(Measles/Mumps/Rubella)	はしか・おたふく風邪・風疹	Yes / No	有・無
3	ADT(Adult Tetanus/Diphtheria)	大人用(二種混合)破傷風・ジフテリア	Yes / No	有・無
4	Hepatitis B	B型肝炎	Yes / No	有・無

In case of emergency, the School may call an ambulance. Please circle one of the hospitals of your choice.
緊急時には、救急車を呼ぶことがあります。ご希望の病院を選択して下さい。

1. Gold Coast Hospital (Public)
ゴールドコーストホスピタル(公立)
2. Pindara (Private)
ピンダラ(私立)
3. Robina Hospital (Public)
ロビーナホスピタル(公立)

Have you got private health insurance? 民間の医療保険に加入していますか。 Yes / No はい / いいえ
If yes, please provide details: 加入している場合、詳細をお書き下さい。

Insurance Company(保険会社名) : _____

Insurance Policy Number(加入者番号) : _____

The above information is provided on the basis that it shall be protected in accordance with the Privacy laws of Australia.
I understand that the medical information must be given to the teachers on the School's responsibility for my child (children)'s welfare and safety.

上の情報はオーストラリアの個人情報保護法に基づいて守られます。
私は、子供たちの厚生と安全に対する学校の責任としてメディカルインフォメーションが教員に提供されることを理解します。

Signature _____ Date: _____ / _____ / _____

Witness _____ Date: _____ / _____ / _____