

## 健康に関する自己申告書 SELF DECLARATION OF HEALTH

皆さんが留学生活を送るにあたって、支障がないものとするために弘前大学にて事前に把握し、必要な治療がある場合は支援しやすくするために調査するものです。

なお、ここに記載された情報は、弘前大学保健管理センターに共有すること以外は弘前大学国際連携本部において厳重に管理し、慎重に取り扱うことをお約束申し上げます。

This survey is conducted by Hirosaki University in order to understand your needs in advance and to facilitate support for any necessary treatment in order to ensure that there are no obstacles to your life as an international student.

We promise that the information you provide will be strictly managed and handled carefully by the Hirosaki University International Cooperation Division, except that it will be shared with the Hirosaki University Health Administration Center.

所属大学  
University

氏 名 :  
Name

1. 現病歴（該当するものにチェックをしてください。）  
Current medical history (Please mark all that apply.)

①現在治療中の病気が

Currently under treatment?

- ☐ ある Yes (病名 Name of a disease : \_\_\_\_\_)  
☐ ない No

②現在服用中の薬が

Currently taking medicine?

- ☐ ある Yes
- ☐ ない No

上記の質問（①、②）に Yes と答えた場合、以下の質問（1）と（2）も回答してください。

If you answer “Yes” to the above question (①, ②), please answer (1) and (2);

(1) 現在服用中の薬名称を記載してください。

Name of the medicine.

(2) 現在服用中の薬は日本に滞在する期間、どのように対応しますか？

(例：自国より持参する、日本で購入する、等)

How are you going to obtain the medicine you are currently taking?

(Ex: Bring them from home country, obtain them in Japan)

$$\left( \begin{array}{ccc} \frac{1}{2} & \frac{1}{2} & \frac{1}{2} \\ \frac{1}{2} & \frac{1}{2} & \frac{1}{2} \\ \frac{1}{2} & \frac{1}{2} & \frac{1}{2} \end{array} \right)$$

薬を自国から持参する場合は、現地の医師に尋ねたり、日本の医薬品医療機器等法（薬機法）を確認してください。

If you are bringing medicines from your own country, ask your local doctor or check the Japanese Pharmaceuticals and Medical Devices Law (Pharmaceutical and Medical Device Act)

2. 既往歴（該当するものにチェックをしてください。）

Past medical history (Please mark all that apply.)

☐ 結核 Tuberculosis

☐ マラリア Malaria

☐ その他の伝染病 Other contagions (名称 list : \_\_\_\_\_)

☐ てんかん Epilepsy

☐ 腎臓病 Kidney disease

☐ 心臓病 Heart disease

☐ 糖尿病 Diabetes

☐ アレルギー Allergies

(症状 Symptoms : \_\_\_\_\_)

☐ 精神病 Psychological issues (diagnosed)

☐ 機能障害（四肢）Physical disabilities

☐ その他 Other : 病名 Name of a disease :

上記の質問で「アレルギー」にチェックを入れた場合、下記の質問にも回答してください。

If you checked "Allergy" in the above question, please answer the following questions as well.

アナフィラキシーの症状が発生したことがありますか？

Have you ever experienced symptoms of anaphylaxis?

☐ ある Yes

☐ ない No

ある（Yes）を選んだ方は、どのような症状が発生したことがあるかを記載してください。

If you chose "Yes, please describe what symptoms you have experienced.

( \_\_\_\_\_ )

3. 今まで心療内科または精神科で相談したことはありますか？

Have you ever consulted with psychotherapist or psychiatrist?

☐ ある Yes (病名 Name of a disease : \_\_\_\_\_)

☐ ない No

4. その他、心身の健康に関して心配事や相談しておきたいことがあれば記入してください。

In addition, if you are worried about your health condition, please feel free to write anything you want to convey.

私の現病歴・既往歴については上記のとおり相違ありません。

I understand and agree that the information above is true and correct.

上記の情報について、弘前大学保健管理センターに情報提供することに同意いたします。

I agree to provide the above information to the Hirosaki University Health Administration Center.

年 月 日  
year month day

自署  
Signature