



慶應義塾ニューヨーク学院 サマープログラム2010  
**HEALTH REPORT FORM 記入方法**

期日までに参加者本人が医師の診察を受けて医師のサインをもらうと共に、保護者の方のサインもお願い致します。全ての欄に洩れなくご記入下さいますようお願い致します。医師の診察はプログラム前一年以内のものがが必要です。

1. プログラム規定により、プログラム費用を納めて頂いていても、このメディカルレコードが未提出の方はプログラム参加をお受けできませんのでご注意ください。
2. 全て英語でご記入下さい。アメリカ以外の国から参加される方も英語でのご記入をお願い致します。
3. 空欄は作らずに、特筆すべき事項がない場合は“NONE”とご記入下さい。
4. 保険カード(海外旅行者保険)  
アメリカ合衆国以外からご参加の場合は、必ず海外旅行者保険に加入してください。尚、日通旅行のツアーパッケージをご利用になる場合は、パッケージの一部として海外旅行保険が含まれておりますので、別途個人でご加入いただく必要はございません。海外旅行者保険証書が発行され次第、コピーをサマープログラム事務局までファックスまたはe-mailにてご提出の上、カードを必ず持参ください。
5. フォーム記入の順に沿って以下にご説明いたします。参考のために抄訳をつけておりますが、参加される方の便宜のための翻訳であり正確ではありません。この翻訳によって損害を蒙った場合の責任は負いません。

\*\*\*\*\* 抄 訳 \*\*\*\*\*

<1ページ>

- ・健康履歴には保護者の方がご記入下さい。
- ・健康診断書は資格にある医師に記入してもらって下さい。

**本状にてご提供いただく情報は適切な健康管理を行うためのものです。3 ページ目の健康診断書は資格のある医師に記入して頂いて下さい(参加者の情報、緊急連絡先など漏れなくご記入下さい)。**

**州法**

**保護者による誓約:** 本健康管理記録の記載は私の知る限りにおいて正確で完全なものです。ここに記載された者(プログラム参加者)が、特に他の記載のない限り、全てのキャンプ活動に参加することを許可します。

**処置の承諾:**  
プログラム運営者に日常の健康管理、処方薬の投与、X線や他の検査を含む緊急医療の手配を行うことについて許可します。保険適用の目的に必要な個人情報を提供することも許可します。  
医療行為に必要な交通手段をプログラム運営者が手配・提供することを許可します。緊急時で私に連絡が取れない場合、慶應義塾ニューヨーク学院によって選定された医師に入院を含む医療行為を任せることを許可します。本状はプログラムから外出の際に複写して持ち出されることも許可します。また、私はプ

プログラム活動に参加することにおいて受ける制約を理解し、これを遵守することに合意します。

保護者署名 (例)Yukichi Fukuzawa

氏名(署名ではなくアルファベットで) (例) Yukichi Fukuzawa 日付 (例)6/1/08 (月/日/年)

以上はNY州法によって義務付けられている内容です。

### 髄膜炎予防接種について 州法

ニューヨーク公衆衛生法により、子供の滞在型プログラムを運営する者は、7泊以上する全てのプログラム参加者からの返答書類を保存することが義務付けられています。該当する項目にチェックしご署名下さい。髄膜炎に関する詳しい情報はアメリカ疾病対策予防センターからの資料

([www.cdc.gov/vaccines/pubs/vis/downloads/vis-mening.pdf](http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/vis/downloads/vis-mening.pdf))をご覧ください。

私の子どもは過去10年に髄膜炎の予防接種(Menomune/Menactra)を受けました。接種日:(例) 4/1/03

[注: 予防接種の有効期間はおよそ3~5年です。今後3~5年以内に再接種をご検討下さい。]

私は髄膜炎に関する情報を読み、又は説明を受けました。接種を受けない場合の危険性も理解しました

た。子どもには髄膜炎の予防接種を受けさせないことにしました。

保護者署名 (例)Yukichi Fukuzawa

氏名(署名ではなくアルファベットで) (例) Yukichi Fukuzawa 日付 (例)6/1/08 (月/日/年)

### 保護者の方へ

返送前に書類の記入漏れがないようお願いいたします。すべての情報を記入し、チェックボックスのどちらかをチェックした上で、所定の位置に署名をしていることを再確認していただきますようお願い致します。

### < 2ページ >

### 保護者欄 (保護者の方がご記入下さい)

#### 健康履歴

##### アレルギー:

アレルギーをお持ちの場合は、内容・症状・対応方法をご記入下さい。

アレルギーなし

##### 制限:

参加者本人に以下の制限があります。

##### 食事:

肉(赤身)

豚肉

卵

家禽類

魚介類

乳製品

その他

**活動:** 制限すべき活動はどのようなものでもご記入下さい。

(例: 左肩に脱臼癖があるのでバスケット、サッカー等は避けて下さい。外れた場合は本人がはめます。等)

**一般質問:** (該当のものにYesかNoでお答えいただき、Yesの場合は該当欄に詳細を記載してください。)

1. けが、病気、伝染性の病気	14. 高血圧
2. 慢性の病気、頻発性の病気	15. 心臓の雑音
3. 入院歴	16. 歯科矯正器具の持込

4. 手術歴	17. 皮膚の疾患(痒み、発疹、にきび)
5. 頻繁な頭痛	18. 糖尿病
6. 頭部の怪我	19. 喘息
7. 意識を失った経験	20. 単核細胞症(過去一年以内)
8. 眼鏡、コンタクト等	21. 下痢・便秘等の問題
9. 耳の疾患	22. 偏食(過食、拒食等、極端なもの)
10. 運動後の失神	23. 女性の場合、月経不順
11. 運動後のめまい	24. 関節の問題(膝、足首等)
12. ひきつけ・てんかん発作	25. 背中の問題
13. 運動中・運動後の胸の痛み	26. 専門家にかかるような情緒的な問題

YES とお答えの項目につきご説明下さい。

そのほか特に注意を要することがございましたら、ご記入ください。

かかりつけ医師の氏名 John Smith M.D. 電話 (646)290-5270

住所 3 College Road, Purchase, NY10577

歯科医の氏名 David Washington DDS 電話 (646)290-5270

住所 3 College Road, Purchase, NY10577

日本からの参加の場合、日本のお医者様のご連絡先をご記入いただいても構いません。

< 3ページ >

**医師欄** (診察された医師の方がご記入下さい。)

参加者名: (苗字)Kobayashi (名前) Hanako DOB (生年月日) (月 / 日 / 年)

BP(血圧) \_\_\_\_\_ Pulse(脈拍) \_\_\_\_\_ Temp (体温) \_\_\_\_\_ Weight (体重) \_\_\_\_\_ Height (身長) \_\_\_\_\_

できれば体重はポンド、身長はフィートの単位での表示。そうでなければ、キログラムなど単位を必ず書いてください。

私の所見では上記申込者は活動的なプログラムに参加することが  できます  できません。

この申込者は次の症状・病気のため医師の治療を受けています:

アレルギー: \_\_\_\_\_ NKA \_\_\_\_\_ Others(その他。下記に明記。)

プログラム活動における制約があれば説明してください。

プログラム中の投薬:

以下常備薬に関し、年齢と体重に基づくラベル表示に従い使用します。承諾するものにチェックして下さい。

- |  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acetaminophen<br>(解熱・鎮痛薬) | <input type="checkbox"/> Ibuprofen<br>(解熱・痛み止め) | <input type="checkbox"/> Phenylephrine<br>(鼻水・鼻づまり用) | <input type="checkbox"/> Loratadine<br>(花粉症用)               | <input type="checkbox"/> 1% Hydrocortisone Cream<br>(虫刺され・痒み止め・皮膚の炎症) |
| <input type="checkbox"/> Robitussin<br>(咳止め)       | <input type="checkbox"/> Dramamine<br>(酔い止め)    | <input type="checkbox"/> Benadryl<br>(アレルギー用)        | <input type="checkbox"/> Bacitracin ointment<br>(抗生物質を含む傷薬) | <input type="checkbox"/> Maalox<br>(胃薬)                               |
|  |   |  |   | <input type="checkbox"/> Imodium<br>(下痢止め)                            |

上記以外のプログラム中の投薬又は治療。持参する薬があればご記入下さい。

薬名/治療	用量	頻度・スケジュール
(例) Multi Vitamin	1 tablet	Once a day
(例) Inhaler (Albuterol)	2 puffs	Every 6 hours not exceeding 4 times a day

参加者に下記の病歴がある場合は チェックして下さい。

- Measles (はしか)   
 Chicken Pox (水疱瘡)   
 German Measles (風疹)   
 Mumps (おたふくかぜ)   
 Hepatitis A □ B □ C (肝炎\_A型・B型・C型)

**予防接種記録:**

DPT (3 種混合=ジフテリア・百日咳・破傷風)	Haemophilus Influenza (インフルエンザ)
TD (2 種混合=破傷風・ジフテリア)	Hepatitis B (B 型肝炎)
Tetanus (破傷風)	Varicella (水疱瘡)
Polio (小児麻痺)	Meningitis (髄膜炎)
MMR (はしか・おたふく・風疹)	BCG (もしあれば)
Measles (はしか) or	TB Mantoux Test (ツベルクリン反応検査) <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
Mumps (おたふく) or	Date of last PPD test    テスト日
Rubella (風疹)	Chest X-ray (胸部レントゲン。ツベルクリン反応検査陽性の場合) 撮影日 結果

予防接種を受けた年月日は通常、母子手帳に記録されています。接種に関しましては、かかりつけの医師にご相談下さい。予防接種実施年月日は西暦でご記入下さい。

- 野外での活動が含まれるため破傷風の予防接種を済まされる事を強くお勧めします。
- ツベルクリン反応検査で陽性の結果が出た場合、過去のBCG摂取の有無に関わらず、プログラム前一年以内の胸部レントゲン撮影で陰性(異常なし)であることが必要となります。

医師の署名: (例) Masao Yamada  
 氏名:(署名ではなくアルファベットで) (例) Masao Yamada    肩書き: \_\_\_\_\_  
 住所: \_\_\_\_\_    電話: \_\_\_\_\_  
 日付(プログラム前12ヶ月以内であること): (例) 6/15/08 (月/日/年)

**参加者自身で服薬する場合**

**Inhaler(吸入器)またはEpi-pen (エピペン)を持参する場合:**

上記の子どもに、カウンセラー監視下において投薬する許可を頂くよう要請します。彼女/彼は薬の用法について指示を受け、薬の目的や使用頻度、正しい使用法を理解しています。

医師の氏名 \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

彼/彼女に責任があるとみなしますので、子どもが自分で服用、使用する薬に関して起こる可能性のあるいかなる問題についても慶應義塾NY 学院バイリンガルサマープログラムの職員に責任を負わせることはしません。

保護者署名欄

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

## 重要

### <保護者の方へ プログラム中の投薬についての説明>

#### 慶應義塾NY 学院の常備薬

解熱剤など一般的な薬はヘルスセンターに用意してあります。3 ページの表に記載してある11種類の薬をナースの判断で必要に応じて投薬するための承諾欄ですので、投薬してよいものには必ず□に印をつけて下さい。□にチェックが入っていない薬は保護者が投薬を許可しない意思表示となり、たとえ急な発熱が起きて解熱剤に印がなければ投薬できない規則になっています。その際、しばらく安静にしても熱が下がらない場合には保護者または責任者の方にお迎えに来ていただくことになります。

また、必ず書類の下のほう(2箇所)に医師のサインを頂いて下さい。

#### 持参する市販薬、処方薬

プログラムに持参する薬は栄養補助食品、市販薬、処方薬に関わらずAdditional medications and or treatments to be administered while at camp 欄(3 ページ)へ用法とともに医師に記入して頂いて下さい。医師の署名欄の日付がプログラム最終日から12ヶ月前の日付以前のものは無効となります(市販薬の例: ムヒ、キンカン、正露丸、目薬、プロポリス、トラベルミン、ビオフェルミン、クレアラシルなど)。記入欄が足りない場合は別紙をご添付下さい。

#### 参加者が自分で薬を取り扱う場合

インハイラー、エピペンを含めて緊急常備薬の携帯及び使用が必要な方は、Self Care/Self Administration 欄に医師・保護者ともに署名をお願いします。

書類提出後に薬を持参する必要性が生じたり持参する薬が増えたりした場合は、別紙に英語で必要事項を記入の上、医師のサイン、保護者のサインを添えてできるだけ早めにご提出ください。プログラム参加者が自分でその薬を取り扱う場合にはその旨ご記入ください。