Health Form

CISV International Ltd MEA House, Ellison Place

Newcastle upon Tyne, NE1 8XS England

# GENERAL INSTRUCTIONS:Company Registration: 3672838

Charity Registration: 1073308

Telephone: +[44 191] 232 4998

**記入例**

Fax: +[44 191] 261 4710

E-mail: [International@cisv.org](mailto:International@cisv.org)

[www.cisv.org](http://www.cisv.org/)

このフォームの必要な欄をすべて埋めていただく時間をとっていただきありがとうございます。ここに書かれる情報はCISVがあなたの健康な生活を送れるよう計画することに役立ち、プログラム期間中や旅行中に万が一あなたが医療従事者の世話を必要とするとき、彼らを助けるものです。このフォームはプログラムスタッフ、リーダー、とホストファミリーと情報共有します*.*

* このフォームの記入を完了し、持参することがCISVの国際プログラム注1）の参加の条件です。
* このフォームには、**英語で、大文字で**、**黒・または青インク**をつかいタイプするか読みやすい手書きで記入を完了してください。
* このフォームはCISVの国際プログラムの**参加の3ヶ月前以降に記入を完了し、署名を済ませる必要があります**。記入された情報に、プログラム開始以前に変更があった場合には、CISVに通知しなければなりません。
* このフォームに書かれた情報は秘密として扱い、安全な場所に保管されなければなりません。
* このフォームの公式の文書は英語版のみです。（日本語訳は内容理解の参考に使用できますが、正式な解釈は英語版に基づきます。）注２）
* 署名したこのフォームの原本と必要な添付書類およびそれら一式のコピーをプログラムに持参してください。またコピーを一式、派遣元支部に残してください。
* プログラム終了時に原本およびすべてのコピーは大人の参加者あるいは単独旅行の若年参加者に返却されます。Delegation の場合、原本およびすべてのコピーはリーダーに返却されます、そしてリーダーは派遣元に戻った時、子供の親・法的後見人に返されます。派遣支部は、プログラム終了後一年以内にすべてのコピーを破棄しなければなりません。
* パートA、B、C、Dは参加者が**18歳以上**の大人の場合参加者本人が、**17歳以下の場合は親あるいは親権を持つ保護者が記入**することになっています。また16歳および17歳の参加者はこのフォームの内容を確認してSection Dの署名欄に署名してください。
* **パートB－特別な支援が必要な場合、あるいはアレルギーがある場合は、パートBの内容を前もってプログラムスタッフにお送りください**。
* ヘルスチェックを受ける際には、記入したパートA、B、C、 Dを持参しチェックを実施する医師に見せてください。
* **パートE**に記入することができるのは、参加者の**適切な健康診断を行い、診察を行った医師のみ**です。

# Part A: 参加者情報　　　　　**※チェックの仕方：⌧又は☑**

参加者／親／保護者へ： このフォームへの記入を完了し、医師との相談の際に一緒に内容を確認してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加者氏名:  **お子さんの名前** | SATO SAKURA ※パスポートと同様の表記に。 | | | |
|  | 姓 | 名 | | *Middle* |
| 性別:  男  **⌧** 女 | 誕生日: |  |  | 国籍:  JAPAN |
| 2 0 0 5 2 0 0 7 | | |
| *日(dd)* *月(mm) 年（yyyy）* | | |
| 参加するCISVプログラムの開催国:  AUSTRIA | | | プログラムに参加する期間: YLIF と同様に  ※プログラム開始日　　　　　　　※プログラム終了日  開始日：20/07/2018　　終了日：16/08/2018 | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※プログラムが2016年7月20日～8月16日の場合

|  |  |
| --- | --- |
| 緊急時連絡先:  RYO SATO (又はSATO, RYO)  **名　　　　姓　　　　　　　姓，　　名** | 話すことのできる言語: JAPANESE, ENGLISH |
| 連絡先電話番号（自宅）:  +81 - 3 - 1234 - 5678  +81-　　　市外局番（最初の０をとる）-番号 | 連絡先電話番号 (勤務先および／あるいは携帯電話):  +81 - 90 - 48765 - 4321 |
| *country code area code number* | *country code area code number* |

　　※日本の国コード：+81　　　　　　　　　　　　　　　　　 ※連絡が取れる番号を記載

　　※市外局番：03、最初の“0”をとって“3”のみ（例：0472→472）

PART B: 現在の投薬の状況と支援の必要性

特別な支援が必要な場合やアレルギーがある場合、前もってこのページ（あるいはその情報を別途）をプログラムスタッフにお送りください.

|  |  |
| --- | --- |
| *参加者の氏名:* | SAKURA SATO (又はSATO, SAKURA)※パスポートと同様の表記に  　　名　　　　　　　姓　　　　　　　　姓　，　　名 |
| *派遣元の NA:* | JAPAN ※全員日本 |

食事制限

|  |  |
| --- | --- |
| *特別な食事制限がありますか？* | Yes  No **⌧** |
| *ある場合は詳細を記入:* | ※Yes, No必ずどちらかにチェックし、Yesの場合のみ詳細記入。 |
| *食べることのできない、あるいは食べてはいけない特定の食べ物がありますか？* | Yes  No **⌧** |
| *ある場合は詳細を記入:* | ※Yes, No必ずどちらかにチェックし、Yesの場合のみ詳細記入。 |

アレルギー:

以下のものにアレルギーはありますか？　※Yes, No必ずどちらかにチェックし、Yesの場合は詳細記入。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　エビ カニ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 食品 | Yes **⌧** No  | *ある場合は詳細を記入:* 　　SHRIMP, CRAB |
| 蜂さされあるいは虫さされ | Yes  No **⌧** | *ある場合は詳細を記入:* ※何に対するアレルギーか |
| 薬 | Yes  No **⌧** | *ある場合は詳細を記入:* ※何に対するアレルギーか |
| その他 | Yes  No **⌧** | *ある場合は詳細を記入:* ※何に対するアレルギーか |
| アナフィラキシー対応薬を携行している必要がありますか？ | Yes **⌧** No☐ | *ある場合は内容の詳細を記入:* |
| アレルギー反応が出た場合に、どのような薬ならば与えることができますか？ | | ※発症した時の、症状・処置等 |

*\*必要な場合は、忘れずにアナフィラキシー対応薬を持参してください*

　　　　　　　　　　　　　※急性の全身性かつ重度なI型過敏症のアレルギー反応の一つ。(Wikipediaより)

投薬

投薬治療を受けていますか？ （以下の薬を飲んでいます）誤解に基づくトラブル回避のため、処方箋のいらない薬やその他の療法についても書いてください*.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ブランド名 | ジェネリック名 | *用量、用法、使用上の注意など* | *処方薬の場合、不足のときの処方箋がありますか？* |
| ※何もなければ空欄で |  |  | Yes  No  |
| ※欄が足りない場合は別紙添付して下さい。 |  |  | Yes  No  |
|  |  |  | Yes  No  |

*\*****旅行の期間中十分な量があることを確認してください***

特別な支援

|  |  |
| --- | --- |
| *特別な配慮、あるいは特別の支援が必要ですか？* | Yes  No **⌧** |

*必要な場合には、詳細を記入:*

※何かあれば記載してください。

*開催国で万が一医師の診断を仰ぐことが必要になった場合に役に立つよう、具体的な投薬の必要性を説明した書類（病理所見、心電図、X 線写真など）を持参してください。そのような書類を持参することにより、不必要かつ高額な手続きを避けることが可能になります。どのような書類を持参すべきかについて は、かかりつけの医師に相談することをお勧めします*

PART C:　病歴　　　　　　　　　　　　　　　**※↓入手できる病院情報、一つ以上ある場合は別紙添付。**

万一入院が必要となったら、参加者の**医療記録**は以下のところから入手できます:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *医師／病院:* | MASATO TANAKA (又はTANAKA, MASATO) ※大文字ブロック体 |  |
| *電話番号:* | +81 - 3 - 3948 - 9982  ※日本の国コード：+81 ※市外局番：03、最初の“0”をとる |  |
| *住所:* | 9-5-902, NISHI-SHINJUKU 7-CHOME, SHINJUKU-KU, TOKYO, 160-0023 JAPAN ※東京都新宿区西新宿7-9-5-902号室の場合 |  |

参加者は感染症にかかったことがありますか。**該当するものすべてに☒**をつけてください。:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **⌧** はしか（麻疹） | 百日ぜき | 肝炎（種類を記載） | 習慣性扁桃腺炎 |
| **⌧** おたふくかぜ（流行性耳下腺炎） |  しょうこう熱) | 脳炎 | 副鼻腔炎 |
| 風疹 | リューマチ熱 | 黄熱病 | **⌧**気管支炎 |
| **⌧**みずぼうそう（水痘） | 耳炎 |  マラリア | ☐肺炎球菌感染症 |
|  ブドウ球菌感染症 | 連鎖球菌感染症 |  そのほか（詳しく）: | |

　※母子手帳等を見ながら記入ください。

　上記に関し、簡単な病歴や説明、慢性的な合併症があるかどうかなどについて記載してください。:

※何もなければ記入不要。

参加者は繰り返し起こる医療上の問題あるいは慢性病を抱えていますか？該当するものすべてに**⌧**をつけてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **□**貧血症／血液疾患 | 摂食障害 |  HIV | **⌧**偏頭痛／頭痛 |
| **⌧**喘息 | 内分泌異常r | 腎臓病 | 運動障害 |
| 自閉症／アスペルガー症候群 | 糖尿病 | 学習障害 | 筋骨格系の問題 |
| 自己免疫疾患 | 甲状腺疾患 | 精神衛生上の懸念 | 神経系の懸念 |
| 心臓血管病 | 眼疾患\* | 不安 | 発作性疾患 注3) |
| 心雑音 | 胃腸病 |  うつ病 | 睡眠障害 |
| 高血圧 | 聴力障害 | 精神病 | 結核 |
| 注意欠陥多動性障害（ADHD/ADD |  Other, please specify: | | |

*\*****参加者が眼鏡やコンタクトレンズを着用している場合は、その処方箋のコピーをプログラムに持参してください。.***

上記のいずれの部分に関しても、プログラムスタ

※環境が変わると喘息が発症する等。英語で。

ッフが知っておくべきことがある場合はここに記載してください。:

**家族に以下の病歴がある場合は⌧をつけてください。:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  アレルギーおよび喘息 |  てんかん | **⌧**高血圧 | 偏頭痛／頭痛 |
| 糖尿病 | **⌧**心臓病 | 精神疾患 |  皮膚疾患 |

 そのほか（詳しく）

## 上記のいずれの部分に関しても、プログラムスタッフが知っておくべきことがある場合はここに記載してください。:

※何かあれば記入ください。

**過去 5 年の間、参加者はその他何らかの理由で入院したことがありますか？** Yes  No **⌧**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *日付* | *診断* | *詳細* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※2008年以降入院歴があればYesにチェック（⌧）し、詳細記入してください。

**女性の参加者のみへの質問:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *初潮をむかえましたか？* | Yes **⌧** | No  |
| *Yes の場合、生理不順がありますか？* | Yes  | No **⌧**※Noの場合は記載不要 |
| *生理痛、月経困難症の場合どのような薬を与えることができますか？* | ※普段飲んでいる薬。初潮を迎えていない場合も、キャンプ中になる可能性があるので、この薬なら与えても良いかなというものを記載ください。どうしても飲ませたくない場合はその旨記載ください。 | |
| *妊娠していますか、あるいは妊娠の可能性がありますか？* | Yes  | No **⌧** |

予防接種:

受けた予防接種の情報を記載してください: ※Yes, No必ずどちらかにチェックし、Yesの場合は接種日を記載。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *予防接種* | Yes | No | 接種の日付、または  最新の再接種の日付 | *予防接種* | Yes | No | 接種の日付、または  最新の再接種の日付 |
| DPT 三種混合（ジフテリア、百日咳、破傷風） | **⌧** |  | 10/05/2012 | MMR(はしか、おた  ふくかぜ、風疹) | **⌧** |  | 10/05/2012 (MR) |
| ポリオ |  | **⌧** |  | A 型肝炎 |  | **⌧** |  |
| はしか | **⌧** |  | 10/05/2012 (MR)  ※単独で受けた場合は(MR)記載は不要 | B 型肝炎 |  | **⌧** |  |
| 水疱瘡 |  | **⌧** |  | インフルエンザ | **⌧** |  | 17/10/2017 |
| 髄膜炎 |  | **⌧** |  | 肺炎球菌 |  | **⌧** |  |
| 破傷風 | **⌧** |  | 10/05/2012 (DPT)  ※単独で受けた場合は(DPT)記載は不要 | そのほか（詳しく）: |  | | |

※日付： 日(dd) / 月(mm) / 西暦(yyyy)の順に記載。（例）2010年5月10日接種＝10/05/2012

※MMR：日本ではMRが一般的なので、(MR)と記載するとよいでしょう。

※DPT破傷風、単独破傷風、MMRはしか、単独はしか、とそれぞれ重複している。DPT,MRでそれぞれ受けている場合は、例のように記載する。単独でしか受けていない場合は、DPT,MRには記載しないで、単独接種該当箇所のみ記載する。

参加者は、開催国への渡航に必要なすべての予防接種を受けていますか？Yes **⌧** No 

*詳細を以下に記載してください。:*

※必ずYesにチェックをすること↑

※必要な予防接種がある＝Yesにチェック**⌧**し、接種内容を記載

※必要な予防接種がない＝Yesにチェック**⌧**し、UNNECESSARY (又はNO NEED)と記載

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *接種内容* | Yes | No | 日付 |
| UNNECESSARY (又はNO NEED) | **⌧** |  |  |
| 予防接種名 | **⌧** |  |  |

# 

# PART D: 保証

このフォームのすべての回答は真実で、正確で、完全（抜け落ちがないこと）であることを保証します。また、何らかの修正すべき事項が私の参加する国際プログラムの開始前あるいは実施中に判明した場合、そのことを遅滞なくCISV Internationalに知らせます。私は、私／参加者の身体・精神の健康について必要となるかもしれない特別な支援について、このフォームに記載し、私の所属するCISVの支部、関係するリーダー、及び参加するプログラムのスタッフに通知しています。もし、私が完全な情報を提供しないと、関係者に迷惑をかけるだけではなく、私／参加者自身にも被害が生じる可能性があることを承知しています。また、もし、私が完全な情報を提供しないと、CISVが、私／参加者の費用負担で、プログラム途中で私／参加者を強制帰国させることになる可能性があることを承知しています。

私は、CISV International またはその代理を務める方々（以下代理人）に対して、私に必要な処置が与えられるという目的で医療情報を開示することに同意します。また、私はさらに、CISV International あるいはその代理人が、私／参加者あるいはプログラムに参加するほかの人々を支援する目的で、情報を必要とする人物にこの情報を開示することを同意します。私はそのような目的で、開催支部あるいはプログラムディレクターにこのフォームを開示することを理解し同意します。注４）

参加者/ジュニアカウンセラー（16歳以上の）/成年のリーダーまたはスタッフの署名:

Sakura Sato\_ 日付 30/05/2018

18歳未満の参加者/ジュニアカウンセラーの親／保護者の署名:

Ryo Sato 日付: 30/05/2018

※サインは大文字記載でなくてかまいません。英語で。

**↓以上までを記入し、（必要な）予防接種を接種してから、医師に面会し、以下の部分を必ず医師に記入してもらってください。↓**

Part E: CISV 参加者に関しての医師の宣誓

お医者様へ: この参加者はCISV の国際プログラムに参加します。この参加者あるいはその親または保護者がプログラム参加にあたって一般的に必要な事項を説明しますので、それに関してこの参加者の一般的な肉体的および精神的な健康状態をご検討ください。このパートA、 B、Cに記載された健康情報およびこの参加者のその他の健康情報をお持ちの場合はそれも併せてご確認ください。必要な場合は、健康診断を実施してください。開催国への渡航に関して、必要なアドバイスや予防接種について加者とお話しください。なお、**ここで署名する医師はこのパートEの部分の情報についてのみ責任があります。**

　※かかりつけの主治医である必要はありません。

|  |  |
| --- | --- |
| ⌧はい | 私は参加者のかかりつけ（担当）の医師である。    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※↓必ず合致している。その通りになるはず。 |
|  いいえ |

|  |  |
| --- | --- |
| 上に記載した情報を確認した結果、私が参加者についての知ることのできる健康情報と合致しています: | 合致している ⌧異なる  |
| 私は、参加者が上に記載した情報のほかには参加者に関しての健康情報は持っていません。 | その通り ⌧持っている  |
| *コメント:* |  |

　　※↓必ずYESになるはず。

|  |  |
| --- | --- |
| この参加者は CISV の国際プログラムへの渡航と現地での参加にあたり、肉体的、精神的に問題がない（健康である）と思われます。: | Yes ⌧ No  |
| 健康診断を実施しました。: | Yes ⌧ No  |
| 補足事項／診察の結果得られた事項: |  |

　　※↓この2つは必ずNoになるはず。

|  |  |
| --- | --- |
| アルコール中毒や薬物濫用の明白な証拠がありますか？ | Yes  No ⌧ |
| アルコール中毒や薬物濫用の明白な証拠がありますか？ | Yes  No ⌧ |

|  |  |
| --- | --- |
| この参加者は以下の制限あるいは勧告のもとですべてのプログラムに参加できます。 | 制限あるいは勧告（注意事項）なし⌧ |
| 参加に制限が必要な事項（ある場合）  ※ある場合は、⌧せずに、ここに事項を記入。 |  |

## 渡航に関する注意　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※↓必ずYESになるはず。

　※page 4についての再確認

|  |  |
| --- | --- |
| 参加者は開催国への渡航に関して旅行時の健康についての必要なアドバイスを受けました。: | Yes ⌧ No  |
| 参加者は開催国への渡航に関してすべての推奨される予防接種を受けました。: | Yes ⌧ No  |
| 参加者は開催国への渡航に関して（必要な場合）マラリアの予防措置を受けました。: | Yes ⌧ No  |

　※マラリアの予防接種が不要の場合もYesにチェックする。Page4で必要な予防接種をしている＝Yes、NO NEEDと記載しているた

　　め。

### このフォームのこのページ（パート E）にあるすべての情報は真実で、私の最善の専門的知見に基づく限り正確なものであることを保証します.

診察した医師の署名: \_　　　　Masato Tanaka \_ 診察した医師の氏名: 　　　　　Masato Tanaka

h

医師のスタンプをここに押す。または名刺を添付:

診察した医師の連絡先情報: 　　　　病院の電話番号

※Part Dまですべて記入してから医師にこのPartを記載・署名してもらうので、医師の署名日は保護者の署名日よりも後になるはず。

日付: 　　　　01 / 06/ 2018

※医師の名前のみが書いてある普通の印鑑は不可。病院名や受診日などが記載されているスタンプを押印してもらうか、名刺を添付する。それら2つともない場合は、きちんと署名されていることが確かであれば、押印・添付がなくても構いません。

その場合は、以下3点をできる範囲内で記載してもらってください。

1. 医師の医療機関・所属等
2. 医療機関の住所

**※↑ここまで医師に記入してもらう。**

**※このサンプルを持っていくとわかりやすくで、誤りがなくてよいでしょう。もし、誤りがある場合、訂正のために再度、医師に面会する必要性がでてくることもあります。**

**※書き間違えた場合**

**１．間違えた部分に二重線を引く**

**２．そのすぐそばに自分のイニシャルを書く**

**３．正しいことを書く**

**31/10/1980**

**（例）　10/31/1980 N.C.**

**※決して修正ペン・テープなどを使用しないで下さい！**

コメント （日本語訳に関して）

２０１８年 夏以降に開催されるプログラムについてはこの 2018年改訂の新しい HEALTH FORM を使用してください。この日本語訳は国外のプログラムに参加するときには使えないので、国際HPにあるフォームに英語で入力してください。国内での国際プロゴラム参加の場合はこのフォームを使って日本語で入力してもいい場合があるので、詳細は開催支部に問い合わせるか、案内を参照してください。

注

1. CISV International Programmesとは、国際で承認された VL、IC、SU、SC、YM、MOSAIC、IPP の７つのプログラムです。
2. 最初の部分に記述したように、HEALTH FORM は IO より提供される英文の Form に記載して提出します。この訳文はその英文の内容の理解を助けるために使用するものです。英文の Form と内容に相違がある場合、英文の Form に記述してあることが正しいものとして扱います。
3. Seizure と Epilepsy は どちらもてんかんの発作のときに使われます。この欄とその下の親の病気の欄の用語が異なっている理由は明確ではありませんが、同じ様なものを指していると考えています。
4. この情報を開示するのは、CISV International およびプログラムの実施をする主催者の立場としてこの情報が必要な人（Need to know のある人）であり、派遣支部でチームの世話をするスタッフや派遣の責任者、また主催支部としては、キャンプの運営に携わるスタッフやその責任者および、キャンプディレクターとなります。この情報を一般的に開催支部の CISV 会員に開示するという意味ではありません。

具体的にこの情報が開示される（可能性がある）のは、情報が必要な、派遣支部のスタッフおよび責任者、チームのリーダー、主催国のキャンプスタッフ、およびその責任者、キャンプディレクター、CISV International の責任者、そして病気等が問題になったときに対応する医療従事者ということになります。

文書改訂の記録

2012 年 5 月 IO の Health Form 改訂にともなって内容の全文訳を作成（平）

2012 年 5 月 内容のチェック、修正 （野田）

2012 年 5 月 CISV 日本協会の Web に新しい正式な(英文の)Health Form とともに掲載

2015 年 5 月 IO より Health Form の修正の連絡をうけ、変更部分の日本語訳を修正（藤田 K）

2015 年 5 月 修正部分を組みいれた日本語訳の修正 最終ページにコメント（平）

2015 年 5 月 7 日 藤田氏の修正箇所のチェックの結果を反映して修正（平）

2015 年 5 月 8 日 ２ヵ所の Typo を修正（平）May 08-2015 版とする。

2018年2月20日　2018年版に元の翻訳を移植、いくつかの変更点を修正。　（平）

2018年2月23日 数か所語句の訂正（平）

（この文書は　参加者、保護者、および医師が本来使うべき英語のFormに記入する際に参考にするために準備したものです。日本語訳のFormはプログラム参加時には使えません。）