



オペアAIJ

メディカルフォーム(英語問診票)記入についての注意事項

英語問診表(このファイルの2~4ページ)はプリントアウトした上で医療機関へ持参し、血縁関係のない医師に記入してもらってください。その際、下記の注意点を参考にしてください。

注意点:

- ① 記入してもらおう病院は一般的に個人経営(クリニックなど)の方が大病院よりも引き受けてもらいやすく、料金も安いことが多いようです。
- ② 病院へ電話をしてフォームを記入してもらえるかどうか尋ねる際は「留学のためのシンプルな英語の問診表なのですが記入していただけますか?」と“問診表”という単語を使ってください。健康診断と言うと複雑なものと勘違いされて断られたり、不要な検査や予防接種が必要だと言われたりすることがあります。
- ③ 医師が記名・署名をするフォームとなっていますが、後日、責任問題など、いかなる形でもご迷惑をおかけすることは一切ありません、ということを必ず伝えてください。
- ④ 記入はすべて英語で書いてもらってください。
- ⑤ 母子手帳や予防接種の記録などがあればすべて持参してください。
- ⑥ 中程度以上のアレルギーや喘息など、公知しておくべき持病がある場合は、別紙に以下の項目を記入していただき、この問診票に添付して提出してください。

必要項目: Name (オペア候補者の名前), Diagnosis (診断名), Symptom (症状), Medication (投薬の有無・頻度等), Comments (日常生活やオペアプログラムへの参加に問題がないこと)

★重要★ 内容はすべてオペア候補者が提供した情報、記録をもとに医師に記入してもらうことになります。皆さんはあらかじめフォームの内容をすべて理解した上で病院へ行くようにしてください。分からない病名などはすべて辞書で調べ、医師の質問にスムーズに答えられるよう、また記録を提示できるよう必ず準備をしていってください。



●AuPair AIJ Medical Records/Health Check Form●
＜問診表＞オペアプログラム参加申し込み添付資料

This form must be completed by a physician
医師による記入・署名が必要です。

AuPair Name (申込者氏名): _____
D.O.B. (生年月日): _____ / _____ / _____ Age: _____
Contact Phone Number (連絡先電話番号): _____ Height (身長) _____ cm
Weight (体重) _____ kg

About the physician completing this form: (記入する医師の氏名／署名)

Name: _____ Signature: _____
Date: _____

Doctor's Office Address & Contact Phone Number: (医療機関住所及び電話番号。スタンプでも構いません)

1. Does the Applicant have any disease or abnormality (please mark No or Yes for each):
下記の疾患または障害がある場合は Yes、なければ No をマークしてください。

YES	NO	Eyes or Vision	YES	NO	Locomotors System	YES	NO	Respiratory system
YES	NO	Ears or Hearing	YES	NO	Bones, Joints	YES	NO	Tonsils, Nose, Throat
YES	NO	Nervous system	YES	NO	Urine system	YES	NO	Heart, Blood Vessels
YES	NO	Abdomen	YES	NO	Blood/Endocrine System	YES	NO	Other (specify below)

Please provide detailed information and dates regarding each of the diseases or abnormalities marked Yes:
(Yes をマークした疾患・障害についての詳細と時期)

2. Vaccination. Please indicate if the Applicant has been immunized against the following:
予防接種記録。接種済みは Yes、未接種は No をマークし、接種日をご記入ください。

Vaccine	YES	NO	Date	Vaccine	YES	NO	Date
Tetanus				Rubella			
Diphtheria				Typhoid			
Polio				Mumps			
Measles				Whooping Cough			



3. Has the Applicant been immunized against tuberculosis with the BCG vaccine? **Yes** **No**
 申込者は結核予防のために BCG ワクチンを接種済みですか。

4. If the Applicant has not been immunized against tuberculosis with the BCG vaccine, has she/he shown any symptoms of tuberculosis? **Yes** **No** **Not Applicable**
 申込者が BCG 未接種の場合、これまで結核の症状が出たことはありますか。

If "Yes" we recommend that the applicant receive immunization.
 回答が Yes の場合は BCG の接種を推奨します。

5. If the Applicant has not been immunized, she/he must pass a TB skin test done within the past year:
 BCG 未接種の場合は、過去 1 年以内のツベルクリン反応検査の結果を記入してください。

Not Applicable OR
Skin test date: _____

Test result: **Negative** **Positive**
 (どちらかを丸で囲んでください)

6. Is the Applicant currently suffering from or has he/she ever been treated for:
 現在または最近、下記疾患にかかったか治療を受けましたか。

Disorders	Yes	No	Year
Depression			
Eating			
Personality			
Learning or speaking			

If answered Yes above, please provide detailed information: (Yes をマークした疾患についての詳細)

7. Has the Applicant ever been hospitalized (if yes, please specify): (入院したことがあればその詳細)

No **Yes** _____

8. Does the Applicant currently suffer from or has he/she ever suffered from any of the following?
 現在または過去にかかった病気。Yes の場合はその時期を西暦で記入してください。

Illness	Yes	No	Year
Chicken Pox			
Measles			
Mumps			
Rubella			
Malaria			
Hepatitis			
If yes, what type			
Headaches			
Hyper/Hypothyroidism			
Hernia			

Disorders	Yes	No	Year
Allergies*			
Asthma*			
Diabetes			
Enuresis			
Gall Stones			
Herpes			
Parasites			
Seizure disorder			
Dizziness			

***If yes on allergies or asthma, please fill in an allergy statement and attach it to this document.**
アレルギーまたは喘息に Yes をマークした場合、別紙に詳細を記してこの書類に添付すること。

Other (please specify): (その他の病気があればその説明を記入)



9. Has the Applicant ever been the victim of sexual, emotional or physical abuse (if yes, please specify):
申込者は性的・心理的・身体的虐待の被害を受けたことがありますか (Yes の場合はその詳細)。

No Yes

10. Does the Applicant have any physical and/or emotional health limitations that would limit her/his participation in providing childcare (if yes, please explain)?
申込者には保育に従事するにあたり、制限となる身体的・情緒的な健康の問題がありますか (Yes の場合はその詳細)。

No Yes

11. Is the Applicant currently taking any medications (please specify):
現在服用中の薬がありますか (あればその詳細)。

No Yes

12. Is the Applicant allergic to any drugs? (Please list the drugs and their English substitute names):
申込者は何らかの薬物アレルギーがありますか。ある場合は、その薬物を英語名称とともに記入してください。

No Yes

13. Other conditions or illness. Is there any other history of physical or emotional related problems or condition which a host family should take into account when reaching a decision to have the Applicant live in their home and care for their children for one year? Yes No
その他の症状や疾患について。ホストファミリーが申込者を 1 年間自宅に同居させ、子供達の世話をしてもらう決断をする場合に考慮すべき身体的・心理的な問題の履歴はありますか。

14. In your professional opinion, is the Applicant in good health? Yes No
専門家としての見解から、申込者は健康だと思われませんか。

15. In your professional opinion and based on this physical checkup, will the Applicant be fully capable of participating in the USA Au Pair Program, which includes caring for children 10 hours per day for up to 45 hours per week? Yes No
専門家としての見解と身体検査の結果、申込者は 1 日あたり最大 10 時間および週 45 時間の保育を伴う米国オペアプログラムに参加することが十分可能であると思われませんか。

ご協力ありがとうございました。ー オペア AIJ ー

OFFICE USE ONLY

Verified by: _____

Date: _____