

自己申告書兼同意書 Personal Information and Consent Form

学生氏名：Student Name		年齢：Age	
生年月日：Date of Birth		身長：Height	体重：Weight

I. 個人情報取扱についての同意 AGREEMENT CONCERNING THE USE OF PERSONAL INFORMATION

私は昭和女子大学の留学プログラム（以下本プログラム）への参加に際して下記のこと同意致します。運営に際して必要な業務を遂行するために私に関する下記の個人情報を提供することに同意いたします。提供した情報は昭和女子大学が必要に応じて利用することに同意いたします。また、利用にあたって必要な範囲で第三者に公開することに同意いたします。

I hereby agree to below statements upon participating in SWU's study abroad program (hereby referred to as the 'Program').I agree to provide my personal information stated below to be used as necessary for the implementation of the Program, and agree to authorize SWU to disclose such information to designated third parties as they deem necessary.

YES:	NO:
------	-----

- 個人情報：出願時に入力、提出したすべての情報 All information that you have submitted/other submission at time of application
- 必要な業務：渡航手続き、生活に係る手続き、生活補助、授業運営、学内外との交流を含むプログラムに付随する業務 Necessary Arrangements: Arrival and other necessary procedural assistance, general support, implementation of the Program lectures and cultural exchange events on/off-campus, and related activities.
- 本プログラム中に撮影された私の写真などを、昭和女子大学のブログ、パンフレット、プロモーションビデオ等広報ツールに使用許可 Use of photographs of me taken during the Program etc. for the purpose of SWU's blog, pamphlets, promotional video and promotional tools etc.
- 個人情報および画像の利用に関する質問は国際交流課にお問い合わせいたします

I will contact the Center for International Exchange if I require clarification on said personal information or use of photo

II. 病歴 MEDICAL HISTORY OF APPLICANT

1. アレルギーはありますか？ Do you have any allergies?

YES:	NO:
------	-----

何らかのアレルギーがあれば以下に日本語か英語で詳細を書いてください If "Yes", Please list the things specifically below.

A. 食品：Food

--

B. 薬品外：ほこり、花粉、動物の毛、金属、その他 Non Drug Allergen: dust, pollen, animal hair, food, metal, others

--

C. 薬品：ペニシリン、ピリン系、サルファ剤、その他 Drug Allergen: penicillin, aspirin, sulfa drugs, others

--

D. ハチさされ Bee sting anaphylaxis：

--

2. 医師の継続治療を受けていますか。Are you being monitored by a physician?

受けている場合はくわしく説明してください。 If "Yes", Please explain

YES:	NO:
------	-----

--

3. 薬を常用していますか？何のための何という薬ですか？その場合は、薬を持参して下さい。

If you are on any medication name them. Please bring required medicine with you to Japan

YES:	NO:
------	-----

--

4. 生理障害がありますか？ Do you have any menstrual difficulties?

もしあれば具体的に症状を説明してください。 If "Yes", please explain.

YES:	NO:
------	-----

--

通常服用している薬の名前 Name of the medicine frequently used

--

頻度は？ How frequently do you use it?

--

もし医師の治療を受けている場合は説明して下さい。 If you are being monitored by a physician, please explain.

--

5. 病歴 Medical History

下記の病気をしたことがあれば大体何歳頃か、記入してください。

If you have had any of the following disorders or diseases, indicate at approximately what age.

Illness (病名)	Age (年齢)	Illness (病名)	Age (年齢)	Illness (病名)	Age (年齢)	Illness (病名)	Age (年齢)
Tuberculosis(結核)		Heart (心臓病)		Throat (喉)		Rheumatic Fever (リウマチ熱)	
Paralysis(麻痺)		Others(その他)		Thyroid (甲状腺)		Eating disorder (摂食障害)	
Measles(はしか)		Asthma(ぜんそく)		Bone & Joint(骨、関節)		Anxiety(不安心配症)	
Chickenpox(水疱瘡)		Skin (皮膚病)		Others(その他)		Depression(抑うつ病)	
Rubella(風疹)		Ulcer(胃潰瘍)		Diabetes (糖尿病)		Epilepsy(てんかん)	
Anemia(貧血)		Eye(目の病気)		Mumps(おたふくぜ)		Others(その他)	
Hemophilia(血友病)		Ear (耳の病気)		Gynecological(婦人病)		Others(その他)	

III. 現在の健康状態 Current health condition

以下の質問にはイエス、ノーに✓を入れて答えてください。 Please check "Yes" or "No" for each of the following items.

イエスの場合は、プログラムが始まる前に医師の診断書が必要です。また詳しい症状を説明してください。 If you answer "Yes" to any items, a physician's note is required prior to the start of the program. Explain the details of your symptoms below.

A. 出血障害やひどい貧血はありますか？ Do you have a bleeding disorder or serious anemia?

YES:	NO:
------	-----

--

B.心臓病はありますか？ Do you have heart disease?

YES:	NO:
------	-----

--

C. 腎臓病はありますか？ Do you have kidney or urinary disease?

YES:	NO:
------	-----

--

D. 胃腸病はありますか？ Do you have stomach disease (胃腸病)？

YES:	NO:
------	-----

--

E. 喘息や過呼吸症候群はありますか？ Do you have asthma or hyper-ventilation syndrome?

YES:	NO:
------	-----

--

F.心理カウンセリング/精神治療を受けていますか？ Are you undergoing therapy or counseling for mental health issues?

YES:	NO:
------	-----

--

G. 継続して医師の治療を受けている病気やケガ ありますか？ Are you being monitored by a physician ？

YES:	NO:
------	-----

--

H. 1年以内の「てんかん」の発作はありますか？ Have you had a seizure within the last year?

YES:	NO:
------	-----

--

I. 他の病気があれば記入し、またどのような薬を服用しているかなど説明してください。 Do you have any other medical problems or medicines you take regularly?

YES:	NO:
------	-----

--

医療または経過観察を必要とする疾病がある学生は、必ず次の事項について医師の意見を含めた診断書を提出してください。

If you are under treatment for any of the symptoms above, please contact your physician for a doctor's note which must include the points below.

1. Current condition (現在の状態)
2. Prognosis (今後の見通し)
3. Comments to health care provider at Showa Women's University (本人および昭和女子大学 保健担当者への留意事項)
4. Whether the student is fit to study abroad or not (留学に支障はないかどうか)

II. 医療承諾 MEDICAL AUTHORIZATION RELEASE

私（保護者）は下記の内容について承諾、委任いたします。私の子（学生）が昭和女子大学に留学中、安全のための通

I hereby authorize all doctors, nurses, medical staff, administrators and teachers of Showa Women's University to render routine medical treatment and emergency first aid and to make an arrangements for my child's welfare, including transportation in the event of an emergency and whatever medical care such person may, in good faith, deem necessary for my child's welfare.

I hereby release from liability all such persons who, in good faith, render such routine medical treatment and emergency first aid to make arrangements for my child's welfare pursuant to the foregoing authorization.

保護者署名 Guardian		*compulsory for students under 20 years of age
-------------------	--	--