

Student Last Name(s) 生徒氏名 姓名: _____

First Name(s) 名: _____

Date of Birth: 生年月日 _____ / _____ / _____
day 日 / month 月 / year 西暦

Weight: _____
現在の体重

Height: _____
現在の身長

I/We confirm that the information on this Medical Health form is a true representation of my/our child's mental, emotional and physical health at the time of application. I/We understand that if his/her situation should change prior to arrival in Canada I/we must inform CISS MLI of the changes, to enable CISS MLI to confirm if any necessary support is possible.

私／私たちは、この健康調査票に記載された情報が、申し込み時点での私／私たちの子供の精神的、情緒的、身体的健康状態を正確に表していることを確認します。カナダ到着前に状況が変わった場合、CISS MLIが必要なサポートを提供できるかどうかを確認するため、CISS MLIにその旨を報告しなければならないことを理解しています。

Parent #1: 保護者 1 の署名 (英語でも日本語でも可) _____

Parent #2: 保護者 2 の署名 (英語でも日本語でも可) _____

EMERGENCY MEDICAL/DENTAL INSURANCE 緊急医療・歯科治療保険:

All students must have adequate insurance coverage. Some school districts/schools require the student to be covered by the school issued insurance.

すべての生徒は十分な補償内容の保険に加入しなければなりません。教育委員会や学校によっては指定の保険に加入しなければならない場合があります。

Student will purchase insurance through:
保険の加入先を以下から選んでください。

- ☐ CISS MLI (unless mandatory through school)
☐ CISS MLIを通して加入 (現地校からの指定がない場合)
☐ On own* (unless mandatory through school)
自身で手配 (現地校からの指定がない場合)

* if on own - CISS MLI will require a copy of the policy and student must have a credit card for up-front payments. The student must understand the process to apply for reimbursement.

*自己手配の場合 - CISS MLIに保険証券のコピーをご提出ください。また、生徒は治療費等の支払いのためクレジットカードをご準備ください。併せて、保険金請求の方法も事前にご確認ください。

**** MANDATORY****
必須

ALLERGIES: Please list all allergies and the effects (if more, please provide on separate page):

アレルギー: 以下に持っているすべてのアレルギーの種類および症状を記入してください。(枠に入りきらない場合は、別紙「MEDICAL HEALTH - Additional Information (追加情報)」をご利用ください)

Allergy アレルギーの種類	Reaction 症状	Life-Threatening? 命の危険があるほど重症ですか?	Medication 薬の
_____	_____	☐ Yes はい ☐ No いいえ	_____
_____	_____	☐ Yes はい ☐ No いいえ	_____
_____	_____	☐ Yes はい ☐ No いいえ	_____

Does student require use of an EPI-PEN for allergies? アレルギー反応が出た際、エピペンの使用が必要ですか? ☐ Yes はい ☐ No いいえ

Can student self-inject an EPI-PEN if possible? 生徒は、自分でエピペンを打つことが可能ですか? ☐ Yes はい ☐ No いいえ

Please list any medication(s) that the student should NOT take. 内服してはいけない薬 (薬の成分) があれば記入してください。

A. HISTORY OF ILLNESS 病歴

Does the student have, or has the student had, any of the following:

現在罹患している、過去に罹患歴のある病名に✓し、下記に詳細を記入してください。

Illnesses/conditions 病気・病状::

Yes はい	No いいえ		Yes はい	No いいえ	
		Appendicitis 虫垂炎			Parasites 寄生虫感染
		Appendix removed 虫垂炎切除済			Pertussis 百日咳
		Asthma 喘息			Pneumonia 肺炎
		Covid-19 新型コロナウイルス感染症			Poliomyelitis (Polio) ポリオ
		Diabetes 糖尿病			Rheumatic Fever リウマチ熱
		Diphtheria ジフテリア			Rubella (German Measles) 風疹
		Epilepsy てんかん			Scarlet Fever しょう紅熱
		Hepatitis (any form) 肝炎(どの型でも)			Tuberculosis 結核
		Operation for Hernia ヘルニア手術			Typhoid 腸チフス
		Malaria マラリア			Varicella (Chicken Pox) 水疱瘡
		Measles はしか			Vertigo/Dizziness めまい
		Migraines 片頭痛			>> Other その他

Disease, impairment or abnormality of 病気・障害や異常::w

Yes はい	No いいえ	
		Blood or Endocrine System 血液または内分泌系疾患
		Bones or Joints 骨または関節の疾患
		Brain or Nervous System 脳または神経疾患
		Ears or Hearing 耳または聴覚に関する疾患
		Eyes or Sight 目または視覚に関する疾患
		Genito-Urinary System 泌尿生殖器系の疾患
		Heart or Blood Vessels 心臓または血管に関する疾患
		Lungs, Respiratory System 肺や呼吸器に関する疾患
		Other Abdominal Organs その他の内臓疾患
		Skin (Acne, Eczema, etc.) 皮膚疾患(にきび、湿疹など)
		Stomach/Digestive System 消化器官系疾患
		Tonsils, Nose or Throat 扁桃腺、耳鼻、喉の疾患

Please give a full description of any condition listed as YES, providing details for care/treatment and/or date of illness/last episode. A separate sheet can be attached. 上記、Yesに✓を入れた項目について、その治療、症状、現在の状況(完治しているかどうかも含め)について詳細を記入してください。枠に入りきらない場合は、別紙「MEDICAL HEALTH ▢ Additional Information (追加情報)」に記載し、ご提出ください。

B. MENTAL & EMOTIONAL HEALTH 精神や情緒的な健康状態について

The mental and emotional well-being of students is of extreme importance to CISS MLI. As custodians of the student, we need to meet the needs of each student at the academic, social and homestay level. Failure to disclose emotional or mental issues that affect your child is not only a disservice to everyone involved, but may lead to a withdrawal from our programme if the care of your child is found to be greater than what can be provided within our programme. We ask for honesty so we can accurately confirm support.

生徒の精神的、情緒的な健康はCISS MLIにとって極めて重要です。生徒の保護者として、私たちは学業面、社会面、ホームステイにおいて生徒一人ひとりのニーズに応える必要があります。お子様に影響を与える情緒的または精神的な問題を開示しないことは、関係者全員に不利益をもたらすだけでなく、お子様のケアが当プログラム内で提供できる範囲を超えると判断された場合、当プログラムからの除名につながる可能性があります。必要なサポートを正確に確認できるよう、正直に記入していただくようお願いいたします。

1) Has the student ever been tested for or diagnosed with a Cognitive Learning condition such as:

過去に、以下のような認知学習状態について検査を受けたり、診断されたりしたことがありますか：

Yes はい	No いいえ	
☐	☐	ADD - Attention Deficit Disorder 注意欠陥障害
☐	☐	ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder 注意欠陥・多動性障害
☐	☐	Disgraphia 失読症 失読症

Yes はい	No いいえ	
☐	☐	Discalculia その他 (詳細を記入してください。)
☐	☐	Dyslexia 算数障害
☐	☐	Other その他 (詳細を記入してください。)

2) Does the student suffers from or has the student received counselling for:

次のような症状に苦しんでいた、カウンセリングを受けたことはありますか：

Yes はい	No いいえ		Yes はい	No いいえ	
☐	☐	Anorexia Nervosa 神経性食欲不振症	☐	☐	Drug or alcohol dependency 薬物・アルコール依存症
☐	☐	Anxiety 不安障害	☐	☐	Gender Dysphoria 性別違和
☐	☐	Asperger's Syndrome アスペルガー症候群	☐	☐	Obsessive-Compulsive Disorder 強迫性障害
☐	☐	Autism Spectrum Disorder 自閉スペクトラム症	☐	☐	Orthorexia オルトレキシア (正食症)
☐	☐	Avoidant/Restrictive food intake disorder 回避・制限性食物摂取症	☐	☐	Post-Traumatic Stress Disorder 心的外傷後ストレス障害
☐	☐	Bipolar Disorder 双極性障害	☐	☐	Premenstrual Dysphoric Disorder 月経前不快気分障害
☐	☐	Bulimia Nervosa 神経性過食症 (過食症)	☐	☐	Severe mood swings 感情の起伏が激しい
☐	☐	Depression うつ病	☐	☐	Any other mental, emotional or behavioural condition: 上記の他に留意すべき、精神的、情緒的、または行動的な状態がある。(詳細を記入して)

3) Has the student ever inflicted or tried to inflict self-injury (suicide attempt, cutting) ☐ No いいえ ☐ Yes はい
過去に自傷行為(自殺未遂、リストカットなど)を行った、もしくは試みたことがありますか。

4) Has the student experienced any personal traumatic events that may cause emotional or behaviour issues (ex. divorce, severe illness or death in the family or of a friend, personal accident) ☐ No いいえ ☐ Yes はい
過去に精神的または行動上の問題を引き起こすような、トラウマとなる経験をしたことがありますか。

(例: 離婚、家族や友人の重病や死別、生徒自身に起きた事故など)

(3)、(4)にYesとお答えいただいた場合、詳細を記入してください

! If any above is YES, a supplemental CISS MLI Medical Details form will be required to provide full details, treatment plan and medications required currently and while in Canada. CISS reserves the right to impose conditions to a student's accept based on required support. 上記のいずれかがYESの場合、現在およびカナダ滞在中に必要なその詳細、治療計画、薬を記入したCISS MLI Medical Details Formの提出が必要となります。CISSは必要なサポートに基づき、生徒の受け入れに条件を課す権利を有します。

C. MEDICATION & PHYSICAL ACTIVITY

1) Other than medications for allergies already listed, is the student currently taking medication that will be required to be taken also in Canada? Please ensure all medications come with original label, dosage instructions and a translation into English.

生徒は、すでにご記入いただいているアレルギーの薬以外に、カナダでも服用が必要となる薬を現在服用していますか? すべての医薬品にはオリジナルのラベル、服用説明書、およびその英訳が添付されていることを確認してください。

No いいえ ☐ Yes はい ☐

Name of medication 薬の名称	Is this prescription? or available in store? 処方薬、市販薬のどちらですか?	Dosage 1 回分の投薬量

2.) Recommendation for general physical activity in school or participation on a sport team?

学校で行われる一般的な運動やスポーツチームへの参加について

☐ Full physical activity including physical education classes with no issue or modifications
学校の体育を含め、どのような運動にも問題なく参加できる。

☐ Modified activity because of:
運動するにあたって、配慮すべき事項がある。(詳細を記入してください):

D. HISTORY OF IMMUNIZATIONS/VACCINATIONS:

予防接種記録:

* Please submit a copy of student's official immunization record *
* 母子手帳など公式の予防接種記録のコピーを提出してください *

IMMUNIZATION RECORDS will be reviewed by the school/school district and submitted to the provincial Health Unit. HEALTH UNIT may require missing immunizations be received either prior to arrival or once in Canada.

NOTE: this list is accurate as of Sept 2023. Changes to required immunizations may be advised by provincial health units prior to student arrival.

予防接種記録は、学校、教育委員会によって確認され、州の保健局に提出されます。

定められた予防接種の種類や回数が足りていない場合、カナダへの出発前または到着後に、保健局より追加接種を要求されることがあります。

注意: このリストは 2023 年 9 月時点でのもので、到着前に州の保健局により必要な予防接種の内容が変更になる場合があります。

1) Please indicate the **date, month and year** of all immunizations/vaccinations received by the student.

予防接種記録を基に、今までに受けた予防接種の接種日(日/月/西暦)を記入してください。

Vaccine ワクチン	Date (dd/mm/yyyy) 1回目	Date (dd/mm/yyyy) 2回目	Date (dd/mm/yyyy) 3回目	Date (dd/mm/yyyy) 4回目	Date (dd/mm/yyyy) 5回目
Mandatory for school attendance* プログラム参加にあたり必須の予防接種*					
(last dose must be in last 10 years) Diphtheria ジフテリア (最終接種が過去10年以内)					
(last dose must be in last 10 years) Tetanus 破傷風 (最終接種が過去10年以内であること)					
(last dose must be in last 10 years) Pertussis 百日咳 (最終接種が過去10年以内であること)					
(CHECK: IPV OPV) Polio ポリオ (✓: 不活性ワクチン/生ワクチン)					
Measles 麻疹 (はしか、麻しん)					
Mumps おたふくかぜ					
(German measles) Rubella 風疹 (三日ばしか)					
2 types of Meningococcal conjugate 髄膜炎 (2 種類)	Type C		Type ACYW		
Students born in 2010 or later: (Chicken Pox) Varicella 水痘・水疱瘡 (2010年以降に生まれた生徒)					
Other (not mandatory) 必須ではない、その他の予防接種					
Human Papillomavirus (HPV) ヒトパピローマウイルス					
Haemophilus influenzae type B (Hib) ヘモフィルスインフルエンザ菌B型					
COVID-19: brand: 新型コロナワクチン: メーカー pfizerやmodernaなど)					
Tuberculosis 結核	Mantoux ツベルクリン反応		BCG ** BCG反応		

2) In the event that the health unit assigned to your child's file requires a mandatory vaccination, do you give permission for a health practitioner from the health unit to administer the vaccination to your child? CISS MLI will provide all necessary information and details prior to the appointment.

あなたのお子さんの管轄となる保健局から、接種を義務付けられているワクチンを接種するよう求められた場合、保健局の医療従事者がお子さんにワクチンを打つことを許可しますか？CISS MLIは必要なすべての情報と詳細を接種予約前に提供します。

☐ YES we agree to vaccinations being given in Canada
はい。私たちはカナダで予防接種を受けることに同意します。

☐ NO, do not provide vaccinations
いいえ。予防接種はしないでください。

* Ontario requires all vaccinations listed under Mandatory. Other provinces strongly recommend vaccinations but may consider non-vaccinated students or students without all vaccines above. Non-vaccinated applicants must inquire first with CISS MLI.

*オンタリオ州では、「必須」にリストされているすべてのワクチン接種が義務付けられています。その他の州でも、ワクチンの接種を強く推奨していますが、予防接種を受けていない生徒や、上記のすべてのワクチンを接種していない生徒に関して多少考慮することもあります。予防接種を受けていない生徒はまずCISS MLIまでお問い合わせください。

** The BCG vaccine may produce a positive result in a test for Tuberculosis. Canadian high schools may test incoming students for Tuberculosis, and the BCG is not a guarantee of immunity. Students testing positive for Tuberculosis may be required to have a chest x-ray or prove that he/she does not have Tuberculosis, or in some cases may be required to take medication. The cost of the x-rays or medication must be paid by the student as medical insurance will not pay these costs.

** BCGワクチンは結核検査で陽性の反応を生む可能性があります。カナダの高校は、新入生に対し結核検査を行うことがあります。BCGは免疫を保証するものではありません。結核検査で陽性が出た生徒は、胸部X線検査を受け、結核でないことを証明したり、投薬を必要とする場合があります。医療保険はこれらX線検査や投薬の費用をカバーしないため、生徒自身が負担する必要があります。

FOR PHYSICIAN かかりつけ医記入欄 **必須事項**

In my opinion, the general state of the student's health is: ☐ Excellent 大変良好 ☐ Good 良好 ☐ Fair 普通 ☐ Poor 健康とは言えない
私の見解では、この生徒の健康状態は総合的に

In my opinion, the general mental health of the student is: ☐ Excellent 大変良好 ☐ Good 良好 ☐ Fair 普通 ☐ Poor 健康とは言えない
私の見解では、この生徒の精神状態は総合的に

I, the undersigned, have reviewed the medical history of the applicant including the immunization history listed above, have given a thorough physical examination of the applicant, and certify that all important medical information has been noted on this form and that nothing relevant has been omitted.

私は署名者であり、上記の予防接種記録を含む申請者の病歴を精査し、健康診断を行い、重要な医療情報がこのフォームに記載されていること、および関連するものが省略されていないことを証明します。

Physician Signature: 担当医師の署名		Physician Seal or Stamp 認印
Physician Name: 担当医師名(アルファベット ブロック体)		
Date: 署名日(日/月/西暦)		
Physician Address: 診療機関の住所		