



SAINT MICHAEL'S COLLEGE

Student Health Services

School of International Studies

(セントマイケル大学到着前にヘルスサービスあてに送って下さい)

This health form must be returned prior to arrival at Saint Michael's College

PLEASE TYPE OR PRINT (タイポ又は活字体で記入)

Name _____ Date of Birth _____ / _____ / _____
(名前) (生年月日) (月) (日) (年)

Home Address _____
(住所)

Sex: (性別) Male (男性) Female (女性)

Citizenship: (国籍) USA (アメリカ) Other (その他) _____

■ Do you have any handicap or disability? (何か身体障害はありますか) Yes No
If yes, explain: (ある) (ない)
(おれは それは何かですか)

■ Do you have or are you under treatment for any medical problems, including heart disease? (心臓病を含む何らかの病気がある、またはその治療を受けていますか) Yes No
If yes, explain: (ある) (ない)
(おれは それは何かですか)

■ Do you have any allergies? (何かアレルギー反応がありますか) Yes No
If yes, explain: (ある) (ない)
(おれは それは何かですか)

■ Have you ever had surgery? (今までに手術を受けたことはありますか) Yes No
If yes, explain: (ある) (ない)
(おれは それは何かですか)

■ Have you ever been hospitalized? (今までに事故にあったことや入院したことはありますか) Yes No
If yes, explain: (ある) (ない)
(おれは それは何かですか)

■ List all medications currently being taken with dosage, frequency and condition: (現在服用している医薬品の一回服用する量、歩度と病名を記入して下さい)

MEDICINE (医薬品名) DOSAGE (一回服用量) FREQUENCY (歩度) CONDITION (病名)

Immunization Record (予防接種の記録)

FILL IN DATES OR CHECK APPROPRIATE BOXES.

DATES (日付)

A. Measles (Rubeola) - Must have 2nd MMR injection since 1980

(はしか又は風疹) (1980年以降の2度目の接種に限り有効)

Completed primary series of MMR immunizations

(初めての予防接種)

____/____/____
(月) (日) (年)

Most recent booster (一番最近の接種)

____/____/____
(月) (日) (年)

If possible please attach a copy of any other immunization received especially tetanus, hepatitis, and tuberculosis.

(その他の予防接種記録があればコピーを送って下さい。)

Consent of parent/guardian for regular medical treatment and emergencies if you are less than 18 years old:

(9月1日以降に18歳未満の場合、日常あるいは緊急時の治療に関する両親又は保護者の同意が必要。両親又は保護者の方は以下に必要事項を記入され、最後に署名して下さい。)

I _____, pursuant to the authority vested in me as parent/guardian on _____
parent/guardian (両親又は保護者の名前) date (月) (日) (年)

do hereby authorize the Health Service of Saint Michael's College to exercise for me and on my behalf, all rights and duties (私はここに、セントマイケル大学のヘルスサービスにおける、私の子供への必要な場合の医学治療を任せることに with reference to appropriate medical, psychiatric, and surgical treatment, anesthetics, medicines and hospitalization, including 同意します。治療内容に医療、心療、手術、麻酔を必要とする手当て、医薬品が含まれること、 care and treatment by any hospital, staff surgeon, physician, or radiologist which they may deem necessary for the care of または手術やレントゲン検査を供する可能性のある入院手配もすべてヘルスサービスの適切なやり方で 任せます。)

print student's full name (生徒の名前)

parent/guardian's signature (両親又は保護者の署名)



SAINT MICHAEL'S COLLEGE

Student Health Services
One Winooski Park, Box 259
Colchester, Vermont 05439
www.smcvt.edu