

My Health Record

Name	(Family)	(Given)
DOB	(Day) / (Month) / (Year)	Age
Sex		Blood type

Medicine currently taking	
Drug allergies	
Food allergies	
Medical history	<ul style="list-style-type: none"> - asthma (<input type="checkbox"/>Yes <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>In the past) - heart disease (<input type="checkbox"/>Yes <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>In the past) - epilepsy (<input type="checkbox"/>Yes <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>In the past) - hepatitis (<input type="checkbox"/>Yes (Type:) <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>In the past) - diabetes (<input type="checkbox"/>Yes (Type:) <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>In the past) - nephritis (<input type="checkbox"/>Yes <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>In the past) - appendectomy (<input type="checkbox"/>Yes <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>In the past) - other health concerns <div style="text-align: center; font-size: 2em; margin-top: 10px;">()</div>

AUTHORIZATION FOR TREATMENT

I, _____, being the parent or legal guardian of _____, give my consent for both emergency and routine medical and surgical treatment of this individual should his/her condition so require it, per the judgment of a health provider.

I impose no specific limitation or prohibitions regarding treatment as long as the treatment considered necessary to the situation is in accordance with generally accepted standards of medical practice for the particular type of injury or illness involved.

Date: _____

Signature of parent/guardian: _____

Relationship to the individual: _____

Address: _____

Telephone: +81- _____

My Health Record 健康の記録

Name (氏名)	(Family) (姓)	(Given) (名)	
DOB (生年月日)	(Day) / (Month) / (Year)		Age (年齢)
Sex (性別)		Blood type (血液型)	

Medicine currently taking (現在服用中の薬)	無い場合は None と記入のこと。
Drug allergies (薬剤アレルギー)	無い場合は None と記入のこと。
Food allergies (食物アレルギー)	無い場合は None と記入のこと。
Medical history (既往症)	<ul style="list-style-type: none"> - asthma 喘息 (<input type="checkbox"/>Yes <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>In the past (過去にかかった)) - heart disease 心臓病 (<input type="checkbox"/>Yes <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>In the past) - epilepsy てんかん (<input type="checkbox"/>Yes <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>In the past) - hepatitis 肝炎 (<input type="checkbox"/>Yes (Type 型:) <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>In the past) - diabetes 糖尿病 (<input type="checkbox"/>Yes (Type 型:) <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>In the past) - nephritis 腎臓病 (<input type="checkbox"/>Yes <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>In the past) - appendectomy 虫垂炎 (<input type="checkbox"/>Yes <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>In the past) - other health concerns その他、健康に関すること <p style="text-align: center;">(無い場合は None と記入のこと。)</p>

AUTHORIZATION FOR TREATMENT 治療に関する同意書

I, (親・保証人の名前), being the parent or legal guardian of (参加者の名前), give my consent for both emergency and routine medical and surgical treatment of this individual should his/her condition so require it, per the judgment of a health provider.

I impose no specific limitation or prohibitions regarding treatment as long as the treatment considered necessary to the situation is in accordance with generally accepted standards of medical practice for the particular type of injury or illness involved.

(参加者)の親または保証人である私(氏名)は、旅行中の事故や急病あるいは急を要しない怪我や病気であっても、医療従事者によって診察、検査、処置が必要であると判断された場合、この参加者が医療を受けることに同意します。なお、その医療行為の内容については、医学的に常識と思われる範囲内であることを条件に一任いたします。

Date: (署名日) _____

Signature of parent/guardian: (親・保証人の氏名) _____

Relationship to the individual: (参加者との続柄) _____

Address: (親・保証人の住所) _____

Telephone: +81- (親・保証人の電話番号) _____

千葉大学長 殿

新型コロナウイルス感染症の影響下における渡航についての誓約書

私は、千葉大学等が実施する留学プログラム等への参加にあたり、留学先国・地域では自分自身で安全を確保しなければならないことを理解し、自覚と責任をもって、安全と健康に十分な注意を払います。また、「海外留学誓約書」とあわせて、下記の事項についても、理解したうえで渡航します。

記

渡航先国・地域が、新型コロナウイルス感染症の影響により外務省による感染症危険情報レベル2（不要不急の渡航取り止め）又はレベル3（渡航中止勧告）に該当すること。

以上

署名日： 年 月 日

学生氏名（自署）： _____

所属学部/研究科/学府 等： _____

学生証番号： _____ 学年： _____

保証人は、上記の項目に関して、学生本人が誓約することに同意します。

署名日： 年 月 日

保証人氏名（自署）： _____ 本人との続柄： _____