Medical History

Student's Name: _____ Date of Birth _____
（生徒指名）　　（生年月日）
Student's blood type: _____
（生徒血液型）

*** EMERGENCY CONTACT ***
（緊急連絡先）
Name: _____ Relationship: _____

Phone #: _____ Cell Phone #: _____

Asthma（喘息）　☐Yes　☐No　Diabetes（糖尿病）　☐Yes　☐No
Heart Disease （心疾患）　☐Yes　☐No　Seizures （癲癇）　☐Yes　☐No
Congenital Anomalies（先天性異常）　☐Yes　☐No
Serious Injuries/Accidents（重大なケガ）　☐Yes　☐No　(year)_____

Explain（説明）: _____

Major Surgery (Operations)（手術）　☐Yes　☐No　(year)_____

Explain（説明）: _____

Allergies (List)（アレルギー）
Drug（薬）: _____ Reaction:_____

Food（食べ物）: _____ Reaction: _____

Other（その他）: _____ Reaction: _____

Other Health Concerns（その他、健康上気を付けるべきこと） _____

_____

Routine Medications (List) and Reason for Taking（常備薬）:

_____