



Student Medical Record 医療記録

Please fill out the medical form in English. (全てローマ字・大文字でご記入ください)

Student Name 生徒氏名	Grade 学年	Sex 性別 <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of Birth (mm-dd-yy) 誕生日
Address in China 中国の住所			
Nationality 国籍	Birth Place 出生地	Blood Type 血液型 (Please choose one) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O RH Factor <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> ENG	Height 身長 Weight 体重

Personal History 病歴

Please check if the student has received medical treatment for any of the following conditions: 以下項目に当てはまる場合はボックスにチェックをいれてください。

<input type="checkbox"/> ADD/ADHD 多動性障害 <input type="checkbox"/> Asthma 喘息 <input type="checkbox"/> Back Problems 背骨、背中の問題 <input type="checkbox"/> Cancer ガン <input type="checkbox"/> Chest Pain 胸の痛み <input type="checkbox"/> Chicken Pox 水疱瘡 <input type="checkbox"/> Hepatitis 肝炎 <input type="checkbox"/> Dyslexia 失読症	<input type="checkbox"/> Epilepsy/Seizures てんかん <input type="checkbox"/> Frequent Otitis Media 中耳炎 <input type="checkbox"/> Fractures Vertebra 脊椎骨折 <input type="checkbox"/> Frequent Colds 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> Frequent Headaches 頭痛もち <input type="checkbox"/> Hearing Problems 難聴 <input type="checkbox"/> Tuberculosis 結核 <input type="checkbox"/> Mononucleosis 伝染性単核症	<input type="checkbox"/> Pneumonia 肺炎 <input type="checkbox"/> Rash/Skin Trouble 発疹、肌トラブル <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever リウマチ熱 <input type="checkbox"/> Scarlet Fever しょうこう熱 <input type="checkbox"/> Shortness of Breath 息があたりやすい <input type="checkbox"/> Vision Problems 視覚障害 <input type="checkbox"/> Birth Defects 出生児の障害 <input type="checkbox"/> Mental Illness 精神障害
--	--	--

Is the student currently taking medication regularly? 現在治療中の病気はありますか? ☐ YES ☐ NO

If so, what medication and for what purpose? YESの場合、それはどのような治療でどのような目的のためですか?

Has the student undergone surgery? 手術を受けたことがありますか? ☐ Yes ☐ No

If so, please explain: YESの場合、内容を説明してください。

Has anyone in the student's family suffered from any of the following conditions? If so please check: 家族の中に下記の症状を発症した人がいますか?

<input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病	<input type="checkbox"/> Heart Disease 心臓疾患	<input type="checkbox"/> Mental Illness 精神疾患
<input type="checkbox"/> High Blood Pressure 高血圧	<input type="checkbox"/> Cancer 癌	<input type="checkbox"/> Epilepsy/Seizures てんかん

Any other medical conditions? 他に特記すべき事項

Does the student suffer from allergies? アレルギーはありますか?

Drug(s) 薬物 ☐ Yes ☐ No

Environmental factors 環境的な要素 ☐ Yes ☐ No

Food(s) 食物 ☐ Yes ☐ No

Other (Please specify) その他、内容を明記のこと。

With whom does the student reside? 誰と一緒に住んでいますか?

<input type="checkbox"/> Both Parents 両親	<input type="checkbox"/> Father 父親	<input type="checkbox"/> Mother 母親	<input type="checkbox"/> Guardian 後見人
--	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

Does the student have any medical condition which would prevent him/her from participating fully in physical education classes? 体育の授業を欠席する必要があるような健康的な懸念はありますか? ☐ Yes ☐ No

If so, please explain: YESの場合、内容を明記のこと。



Shanghai Livingston American School

Preparing students for academic and personal success.

Please be aware that LAS is not enrolling new students with any serious food allergies. 深刻な食物アレルギー体質の生徒は入学をお断りする場合があります。

Vaccination Record ワクチン接種履歴

- Please check if your child has received the following immunizations. 下記ワクチンを接種済みの場合はボックスにチェックをいれてください。
- Please attach a copy of the following immunizations including dates of administration. ワクチン接種記録（日付の入ったもの）のコピーを添付してください。

<input type="checkbox"/> Diphtheria/Pertussis/Tetanus ジフテリア／百日咳／破傷風	<input type="checkbox"/> Measles/Mumps/Rubella はしか／おたふく風邪／風疹	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Oral/Inject) ポリオ（経口／注射）
<input type="checkbox"/> Hepatitis A or Gamma – Globulin A 型肝炎もしくはガンマグロブリン	<input type="checkbox"/> Hepatitis B B型肝炎	<input type="checkbox"/> Tuberculosis ツベルクリン注射
<input type="checkbox"/> Typhoid チフス	<input type="checkbox"/> Others その他	

Date of last medical exam (mm-dd-yy) 最近の健康診断日	Date of last vision exam (mm-dd-yy) 最近の視覚検査日
Date of last dental exam (mm-dd-yy) 最近の歯科検診日	

Person(s) to notify in an emergency if parents cannot be reached. 両親に連絡が取れない場合の緊急連絡先

Name of Neighbor/Friend その人の氏名	Phone Number 電話番号
Family Doctor/Clinic Name 家庭医の名前	Phone Number 電話番号

* If you are out of town for any reason please notify your child's teacher regarding the duration of your absence and the name and telephone number of a person to contact in case of an emergency involving your child. もし両親が上海をしばらくの間離れる場合は学校（担任）に必ず連絡の上、緊急時に連絡を取るべき人の名前と電話番号を知らせてください。

Medicine at School 校内での投薬について

If you wish to have medicine administered to your child by the school nurse you must provide the nurse in writing (in English) もし校内で学校指定の看護師による投薬を希望される場合は書面（英語）にて前もって申請してください。:

- The name of the medicine (薬名) _____
- The purpose of the medicine (目的) _____
- The dosage and frequency of administration (投薬量、間隔) _____

Students are not permitted to have drugs or medications on their person. All such administrations must take place in the nurse's office under her supervision. 生徒個人が投薬することは許可されません。投薬はすべて保健室で学校指定の看護師の監視下で行われます。



Shanghai Livingston American School

Preparing students for academic and personal success.

Insurance Information 保険の情報

All students must have their own medical insurance. Medical insurance details are required at the time of admission and must be kept up to date for the duration of a student's enrollment at LAS. 全ての生徒は個人の保険に加入している必要があります。入学の際に保険の内容を知らせていただく必要があり、内容が変わった場合には新しい内容を知らせていただく必要があります。

Medical Provider Name 保険会社名	Insurance Policy Number 保険番号
If emergency/accident arises, please specify preferred hospital(s) 緊急事態／怪我の場合、搬送を希望される病院名	
Choice 1 選択肢 1 _____	
Choice 2 選択肢 2 _____	

In case of a severe injury or medical emergency at school requiring transfer to a medical facility, Tong Ren Hospital Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, No. 1111 Xian Xia Rd, Tel: (8621) 62909911 – 1333 or 1337, will be used. Every effort will be made to contact parents/guardians prior to transport. The school carries accident insurance for all currently enrolled students that covers accidents that occur on campus. This insurance is valid at most local hospitals, but does not provide coverage at premium Western hospitals such as United Family Healthcare and Parkway Health. Please consult the school nurse or administration for eligible hospitals. By signing this form you give Shanghai Livingston American School permission to contact a medical practitioner and/or transfer your child to a medical facility in case of an emergency. 深刻な怪我や病状が発生した場合は、同仁医院交通大学医科に搬送されることとなります。住所は仙霞路 1111 号、電話番号は (8621) 62909911 – 1333/1337 です。搬送前に直ちにご父兄、もしくは後見人に連絡を取る最大限の努力をします。直接、病院へ直行となった場合、本校では、全生徒の学校内での怪我に備えた保険を携行します。この保険はほとんどの地元病院での診療に有効ですが、ユナイテッドファミリーやパークウェイなどの外国人のための特別な病院には対応していません。対応可能な病院については、学校保険担当者にご確認ください。このフォームにサインすることによって、緊急の場合はリビングストンアメリカンスクールに搬送先や搬送方法の決定権を委託したことになります。

☐ I have read and agree to the above statement on the school's accidental insurance coverage.

上記を読み、学校保険について同意します。※ボックスにチェックをつけてください。

Is there any other health information about which the school should be aware? 他に学校が知っておくべき特記事項はありますか？

I certify that the information provided in this application is complete and correct. I understand a child may be discontinued enrollment from Livingston American School if any information provided in the application is incorrect, withheld, or omitted. このフォームに記入された事項は完全かつ正確であることを証明します。もし後に、ここに記入された事項が不正確であったり、隠蔽されていたり、省略されていたことが発覚した場合、リビングストンアメリカンスクールは生徒の入学、及び在校を拒否する権利をもつことを理解しています。

Signature サイン: _____

Date 日付 (mm/dd/yy): _____

Relationship to applicant 生徒との続柄: _____