

## アイオワ大学学生ヘルスサービス

個人データ ☐ 男性 ☐ 女性 ☐ その他 \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 学生番号： \_\_\_\_\_

(姓) (名) (ミドルネーム)

住所： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_

(番地、私書箱) (市) (州) (Zip)

緊急時に連絡すべき人物： \_\_\_\_\_

(姓) (名) (住所) (電話)

上記と異なる場合、希望する人物の氏名： \_\_\_\_\_

すべての項目に答えてください。「はい」と答えた項目についてはパート D に説明を記入してください。

	自身		家族		続柄		自身		家族		続柄
	はい	いいえ	はい	いいえ			はい	いいえ	はい	いいえ	
アルコール／薬物						遺伝性疾患					
アレルギー						高血圧					
関節炎（病気／関節の損傷）						高コレステロール					
喘息						黄だん、または肝炎					
癌						腎臓病					
糖尿病						精神病					
耳、鼻、喉の問題						発作性の病気					
眼の病気（矯正レンズ含まず）						性的感染症					
頭の怪我						胃腸の問題					
心臓の問題／心臓病						卒中					
血友病						その他					

アレルギーがありますか？ 医薬品（経験した反応を書いてください） \_\_\_\_\_  
食べ物または環境的なアレルギー源： \_\_\_\_\_

1. タバコを吸いますか？ ☐ はい ☐ いいえ (はいの場合量と期間) \_\_\_\_\_
2. アルコールを飲用しますか？ ☐ はい ☐ いいえ (はいの場合量と期間) \_\_\_\_\_
3. 運動をしますか？ ☐ はい ☐ いいえ (はいの場合頻度と種類) \_\_\_\_\_
4. 体重または食事に関して心配なことがありますか？ \_\_\_\_\_
5. 日常の活動で補助が必要ですか？ ☐ はい ☐ いいえ (はいの場合具体的に) \_\_\_\_\_
6. 英語を理解することが困難ですか？ ☐ はい ☐ いいえ 母国語は何語ですか？ \_\_\_\_\_
7. 健康問題を理解したり学んだりする能力を妨げるなんらかの状況がありますか？  
☐ はい ☐ いいえ (はいの場合具体的に) \_\_\_\_\_
8. 通訳または他の意志伝達の補助が必要であれば、予約をするときにスケジュール担当者にその旨を伝えてください。
9. 生前遺言などの事前指示書がある場合は、そのコピーをこの用紙に添えて送ってください。

---

E. 確認： \_\_\_\_\_

学生署名 \_\_\_\_\_ 月 日 \_\_\_\_\_

この用紙を次の宛先まで返送またはファックスしてください: The University of Iowa, Student Health Service, 4189 Westlawn, Iowa City, IA 52242-1100 ファックス 319-335-7247