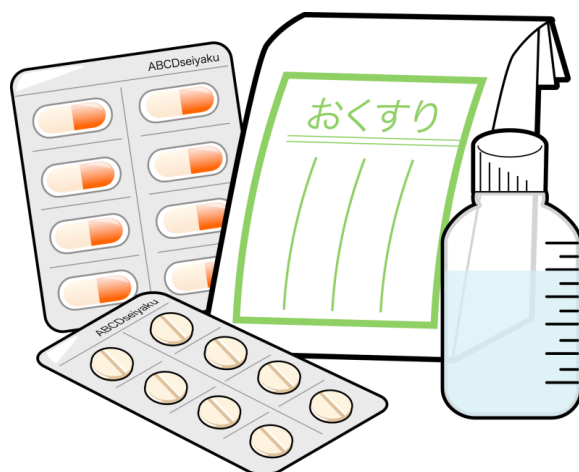




健康状態情報シート & 旅の安全について

Health/Medical information form
& safety procedure





Kowhai Inter National
Unit B2 , 13 Puriri St , New Lynn Auckland New Zealand
PO Box 69058 Glendene Auckland 0645
Phone:(09)826-0011
Fax:(09)826-0012
E-mail: info@kohwaiinternational.co.nz

Personal Information Sheet 基本情報シート

Name 氏名		Passport Country 国籍
Gender 性別	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of birth 生年月日 (DD日/MM月/YY年) / Age 年齢
Address 住所		
Contact Phone 連絡先		
E mail エメールアドレス		
Parents name 保護者名(未成年者のみ)	Age 年齢	Occupation 職業
English Level 英語レベル	<input type="checkbox"/> Beginner 入門 <input type="checkbox"/> Elementary 初級 <input type="checkbox"/> Intermediate 中級 <input type="checkbox"/> Advanced 上級	
Religion 宗教		
Others その他		



Kowhai Inter National
 Unit B2 , 13 Puriri St , New Lynn Auckland New Zealand
 PO Box 69058 Glendene Auckland 0645
 Phone:(09)826-0011
 Fax:(09)826-0012
 E-mail: info@kohwaiinternational.co.nz

Medical Form医療調査票(大人)

Have you had or are subject to the following?下記の病気や症状がありますか?

		Have 有る/Haven't ない	Condition / Frequency 病状/頻度
Asthma	喘息	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Diabetes	糖尿病	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Heart Trouble	心臓疾患	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Lung Trouble	肺疾患	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Respiratory Problems	呼吸疾患	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
immune Disease	免疫疾患	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Blood Disorder	血液疾患	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Encephalopathy	脳疾患	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Fainting Spells	失神	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Convulsions/Seizure	ひきつけ・痙攣	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Atopic dermatitis	アトピー	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Hay Fever	花粉症	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Physical impairment	動作困難	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Eyesight Loss	視力低下	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Hearing Loss	難聴	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Communication Difficulties	コミュニケーション障害	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Depression	うつ/躁症状	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Any other disorder	その他		

Do you have Allergies ?アレルギーがありますか?

Animals 動物
 Food 食べ物
 Plants 植物
 Medicine 薬

Allergy Details アレルギー詳細

Are you carrying medicines while on the program?薬を服用していますか?

Name of Medicine 薬	For what illness, symptoms 病名・症状	Doseage and times taken 服用量・回数

Blood type血液型: _____

Any physical activities you are restricted from doing?健康上医者から制限されている行動があれば書いてください

Is there any other information travel attendant need to be aware of?その他、トラベルアテンダントが知っておく必要のある健康上の問題があれば書いてください

I certify that all information on this application is true.この調査票に記載されていることは全て事実であることを証明します。

Applicants Signature
 参加者の署名(日本語又は英語) _____ Date日付(DD日/MM月/YY年) _____ / ____ / _____



Kowhai Inter National
 Unit B2, 13 Puriri St, New Lynn Auckland New Zealand
 PO Box 69058 Glendene Auckland 0645
 Phone:(09)826-0011
 Fax:(09)826-0012
 E-mail: info@kohwaiinternational.co.nz

Medical Form 医療調査票(小人)

Have you ever been inoculated for any of the following? 今までに以下の病気にかかった、または予防接種をしていますか？

		Contracted罹ったことがある	Inoculated予防接種をしている	Last injection Month and Year最後に予防接種をした年月	
		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Month月	Year年
Diphtheria	ジフテリア	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Polio	ポリオ	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Scarlet fever	しよ紅熱	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Typhus	発疹チフス	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
German Measles	風疹	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Whooping Cough	百日咳	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Chicken Pox	水ぼうそう	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Mumps	おたふくかぜ	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Tuberculosis	結核	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Hepatitis A	A型肝炎	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Hepatitis B	B型肝炎	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Tetnus Inoculations	Preventative Injection 予防接種をした	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Date of last injection 注射を受けた年月 Month月 Year年	
破傷風の免疫	Serum Injection 血清注射をした	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Date of last injection 注射を受けた年月 Month月 Year年	

Have you had or are subject to the following? 下記の病気や症状がありますか？

		Haveある	Haven'tない	Condition / Frequency 病状/頻度
		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Asthma	喘息	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Diabetes	糖尿病	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Heart Trouble	心臓疾患	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Lung Trouble	肺疾患	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Fainting Spells	失神	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Convulsions/Seizure	ひきつけ・痙攣	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Epilepsy	てんかん	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Atopic dermatitis	アトピー	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Hay Fever	花粉症	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Depression	うつ/躁症状	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Any other disorder	その他			

Do you have Allergies? アレルギーがありますか？

Animals 動物
 Food 食べ物
 Plants 植物
 Medicine 薬

Allergy Details アレルギー詳細

Are you carrying medicines while on the program? 薬を服用していますか？

Name of Medicine 薬	For what illness, symptoms 病名・症状	Doseage and times taken 服用量・回数

Blood type 血液型: _____

Any physical activities you are restricted from? 健康上 医師から制限されている行動があれば書いてください

Is there any other information travel attendant need to be aware of? その他、トラベルアテンダントが知っておく必要のある健康上の問題があれば書いてください

Authorisation

This is to authorise representatives of agents, Kowhai International to make decisions and to allow whatever medical treatment is deemed necessary when such an occasion :
 私は、Kowhai International のプログラムに参加している者として、医師の判断で緊急に治療・手術をする必要があるとされた場合、Kowhai International 及びその関係者が医師の指示に従って判断することを認めます。

Parent or Legal Guardian

保護者の署名(日本語又は英語) _____ Date 日付(DD日/MM月/YY年) _____ / _____ / _____

安全のために守っていただきたいこと

Important Safety Notice

- 1 健康状態に関する情報は全て正しくお知らせ下さい。未成年者がご参加の場合は必ず親御様をご記入下さい。その情報に基づきまして、医療の知識を持ったトラベルアテンダントがおお客様の健康状態を十分に考慮して留学プログラムをご提案させていただきます。内服管理のお手伝いや緊急時の対応も適切に行わせていただきます。かかり付け医からの病状説明書や内服指示書をお持ちの場合はご提出をお願いいたします。
Please provide all of your health information so that Travel Attendant who has medical knowledge can arrange your oversea study program as suits your condition. If the participator is under 20 years old, parents need to fill in the form. Travel attendant will help you to manage your medical schedule and take appropriate action in emergency. Any reference materials such as prescription or letter from your GP, please provide them with your information sheets.
- 2 留学にあたり事前に注意事項を記載した説明書をお送りいたします。熟読の上、ご不明な点はお知らせ下さい。
We will give you safety explanation (eg. a list of things to note).
Please read it carefully before you join the program.
- 4 留学プログラム中の緊急時(自然災害、事故等)には、留学先の学校と弊社が連携して緊急時対応マニュアルに従って対応いたします。お客様は現場の責任者の指示に従って安全に行動して下さい。
In the case of emergency(natural disaster, accident), we will take appropriate actions in accordance with a safety procedure. Please follow the instructions which will be given by a responsible person.
- 5 お客様が緊急に医療の必要な状態になられた場合は、留学先の学校・ホームステイと弊社の緊急連絡マニュアルに従って迅速に対応いたします。緊急時対応については次ページに図でご案内しています。
If your hearth condition gets require medical treatment, Kowhai International will take a prompt action with schools and Homestay families in accordance with a safety procedure. The safety procedures are showed in the following page
- 6 健康、体調についてご心配なことがある場合には、下記の連絡先へご相談下さい。日本での看護師の資格を持つ弊社トラベルアテンダントが24時間、日本語で対応させていただきます。
If you have any troubles or worries about your hearth condition, please do not hesitate to contact us.
A travel attndant who is an experienced resistered nurse in Japan will answer in Japanese, 24hours 365days.



Kowhai International

Unit B2 , 13 Puriri St , New Lynn Auckland New Zealand

PO Box 69058 Glendene Auckland 0645

Phone:(09)826-0011

Mobile Phoen: 021-462-388 (24 hours)

Fax:(09)826-0012

E-mail: info@kohwaiinternational.co.nz

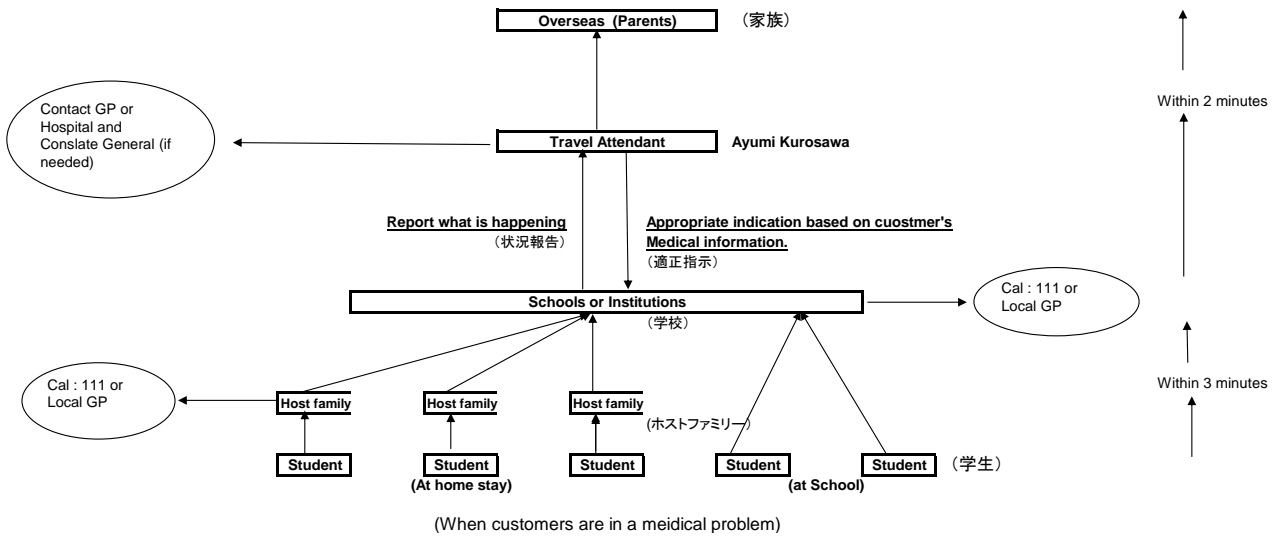
Travel Attendant : Ayumi Kurosawa

P/in charge : Daisuke Ikeda

★日本人スタッフが24時間対応いたします!!

Please call us in Japanese, we are all Japanese and answer your call/email in Japanese.

Medical Emergency Contact Chart



(When customers are in a medical problem)
