



ロータリー青少年奉仕プログラム 青少年海外団体旅行 追加個人健康情報調査票(D) Health and Dietary Information (Appendix D1)

この情報は受入国に送られあなたを紹介する書類となります。また、あなたの安全管理のために使われます。
These information will be sent to host country and used to protect you from health and Allergy Problems .

氏名(漢字)	氏名(ローマ字) Full Legal Name as on passport	性別 Sex	生年月日 Date of Birth (D/M/Y)
		Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	
処方薬 / 常用薬 Medication: 常用薬はありますか? Will the applicant be bringing any prescription drugs taking regularly? If yes, Please describe in detail:			
<input type="checkbox"/> 常用薬: Medicine taking regularly:			
食事及びアレルギー情報 Information about Diet and Allergy 該当の項目があればチェックしてください。 Does the applicant have any dietary restrictions or allergies ?			
食事制限/ Dietary restrictions	アレルギー/ Allergens & Symptoms	食品アレルギー/Food Allergy	
<input type="checkbox"/> 宗教的理由:religious reason <input type="checkbox"/> モスリム : Muslim <input type="checkbox"/> ヒンズー : Hindu <input type="checkbox"/> その他 :other <input type="checkbox"/> 完全菜食主義者 : Vegan <input type="checkbox"/> 菜食主義者 Vegetarian <input type="checkbox"/> 乳菜食者 : Lacto-Vegetarian <input type="checkbox"/> 卵菜食者 : Ovo-Vegetarian <input type="checkbox"/> 乳卵菜食者 : Lacto-Ovo-Vegetarian <input type="checkbox"/> その他食事制限 : Dietary restriction-other :	<input type="checkbox"/> 動物アレルギー: Animal allergy <input type="checkbox"/> 犬 : Dog <input type="checkbox"/> 猫 : Cat <input type="checkbox"/> 鳥 : Birds <input type="checkbox"/> 花粉症:Hay fever <input type="checkbox"/> ハウスダスト:House dust <input type="checkbox"/> 金属アレルギー: Metal Allergy <input type="checkbox"/> その他 : Other possible allergens あれば記入ください。	<input type="checkbox"/> 食品アレルギー :Food Allergy <input type="checkbox"/> 卵 Eggs <input type="checkbox"/> 牛乳 Milk <input type="checkbox"/> 甲殻類 Crustaceans <input type="checkbox"/> 小麦 wheat/ flour <input type="checkbox"/> 落花生 peanut <input type="checkbox"/> そば buckwheat <input type="checkbox"/> 食品その他 : Food/Other <input type="checkbox"/> その他 : Other possible of food allergies あれば記入ください。	
食事制限およびアレルギーがある場合説明ください。 Any matters related to dietary restrictions and/or allergies must be described:			
健康状態/その他情報 Health Information: 以下について申請者が診断を受けた、あるいは医師や他の専門家から治療、注意、助言を得たことがありますか。 Has the applicant ever been diagnosed or treated with, warned or advised from a medical specialist and/or practitioner? Please tick applicable symptoms and illnesses below. : 該当の項目があればチェックしてください。			
<input type="checkbox"/> a, アレルギー : Allergies <input type="checkbox"/> b, 拒食症/過食症/摂食障害 : Eating disorder <input type="checkbox"/> c, 盲腸炎 : Appendicitis <input type="checkbox"/> d, 関節炎 : Arthritis <input type="checkbox"/> e, ぜんそく : Asthma <input type="checkbox"/> f, 注意欠陥障害(ADHD) : Attention deficit disorder <input type="checkbox"/> g, 腸の病気 : Bowel problems <input type="checkbox"/> h, 癌 : Cancer <input type="checkbox"/> i, 糖尿病 : Diabetes <input type="checkbox"/> j, てんかん/発作 : Epilepsy/seizures <input type="checkbox"/> k, 難聴 : Hearing loss <input type="checkbox"/> l, 心臓病 : Heart disease <input type="checkbox"/> m, ヘルニア : Hernia		<input type="checkbox"/> n, 肝疾患/肝炎 : Liver disease/hepatitis <input type="checkbox"/> o, マラリア : Malaria <input type="checkbox"/> p, 月経障害 : Menstrual disorders <input type="checkbox"/> q, 精神障害 : Mental disorders <input type="checkbox"/> r, 肺炎 : Pneumonia <input type="checkbox"/> s, リウマチ熱 : Rheumatic fever <input type="checkbox"/> t, 強度の頭痛/偏頭痛 : Serious headache/migraine <input type="checkbox"/> u, 胃潰瘍 : Stomach ulcer <input type="checkbox"/> v, 腸チフス : Typhoid fever <input type="checkbox"/> w, 尿路感染症 : Urinary tract infection <input type="checkbox"/> x, めまい : Vertigo/dizziness <input type="checkbox"/> y, メガネ/コンタクト : Visual correction <input type="checkbox"/> z, 視覚障害 : Visual problem - other	
該当する回答がある場合、下記に記入ください。 If applicable with any as shown above, please describe in detail:			

Rotary District _____

Applicant's Name : _____


































ロータリー青少年奉仕プログラム 青少年海外団体旅行

追加個人健康情報調査票(D2)

Health and Dietary Information (Appendix D2)

この絵を使ってあなたの食事傾向について説明してください。
 ホストクラブ、ホストファミリーがあなたの安全管理を行い、また、あなたについて知る手助けとなります。
 Use these pictures to explain what your Diet looks like.
 It will help your host club and the host family to protect your health and help you live a pleasant life through the stay.

× : アレルギー《Allergy or Prohibited》 △ : 食べられない《dislikes》 ○ : 好き 《likes》

Beef 牛肉 <input type="checkbox"/> 	Fish 魚 <input type="checkbox"/> 	Onion たまねぎ <input type="checkbox"/> 	Corn とうもろこし <input type="checkbox"/> 
Pork 豚肉 <input type="checkbox"/> 	Shrimp エビ <input type="checkbox"/> 	Fresh Vegetables 生野菜 <input type="checkbox"/> 	Soy Beans 大豆 <input type="checkbox"/> 
Lamb 羊肉(ラム) <input type="checkbox"/> 	Crab カニ <input type="checkbox"/> 	Root Vegetables 根菜類 <input type="checkbox"/> 	Peanuts ピーナッツ <input type="checkbox"/> 
Chicken 鶏肉 <input type="checkbox"/> 	Shell Fish 貝類 <input type="checkbox"/> 	Potato じゃがいも <input type="checkbox"/> 	Walnut くるみ <input type="checkbox"/> 
Egg たまご <input type="checkbox"/> 	Squid いか <input type="checkbox"/> 	Mushroom きのこ <input type="checkbox"/> 	Fruits フルーツ <input type="checkbox"/> 
Milk 牛乳 <input type="checkbox"/> 	Octopus たこ <input type="checkbox"/> 	Wheat 小麦 <input type="checkbox"/> 	Buckwheat そば <input type="checkbox"/> 
Cheese チーズ <input type="checkbox"/> 	SeaWeed こんぶ <input type="checkbox"/> 	Gelatine ゼラチン <input type="checkbox"/> 	Coffee コーヒー <input type="checkbox"/> 
Sushi すし <input type="checkbox"/> 	Sukiyaki すきやき <input type="checkbox"/> 	Fresh Fish さしみ <input type="checkbox"/> 	Udon Noodle うどん <input type="checkbox"/> 