

Marshall University Student Health Form

もっとも有効な治療を提供するため、下記の情報はすべてのマーシャル大学学生に義務付けられています。提供された情報は、すべて極秘とし、マーシャル大学 Student Health Service のファイル内に残ります。

名前 _____ 学生証番号 _____
 現住所 _____ 電話番号 _____
 本住所 _____ 電話番号 _____
 入学年 _____ 未婚・既婚 _____ 誕生日 _____ 人種 _____
 性別 男・女 学年 1年・2年・3年・4年・大学院・その他
 緊急連絡先 名前 _____ 関係 _____
 住所 _____
 電話番号 _____ 職場連絡先 _____

あなたか保護者のどちらか保険に加入していますか? _____ 保険会社の名前 _____
 下記の当てはまる個所に印をしてください。

_____ 心臓循環器系障害 _____ 呼吸器系障害 _____ 腎臓障害 _____ 胃障害 _____ 糖尿病 _____ 血友病 _____ 高血圧 _____ 低血圧 _____ 低血糖 _____ 偏頭痛 _____ 感情の障害 _____ てんかん _____ 産婦人系障害 _____ 存続的な障害 _____ その他の障害	_____ 甲状腺障害 _____ 緑内障 _____ 結核 _____ 肝臓障害 _____ がん _____ 貧血 _____ 伝染性単核症 _____ 予防接種 _____ はしか _____ おたふく _____ ふうしん _____ 破傷風	_____ アレルギーがありますか。 _____ 薬 (_____) _____ 食べ物 (_____) _____ 虫 (_____) _____ その他 (_____) _____ アレルギー _____ ぜんそく _____ 枯草熱 _____ 皮膚系 _____ 最後に予防接種を受けた日 _____
--	--	---

これまでに入院したことがありますか。 _____ 理由 _____
 これまでに手術を受けたことがありますか。 _____
 いつも服用している薬がありますか。 _____ 避妊薬の服用 _____
 最後に破傷風の予防接種を受けた日 _____

Statement of Authorization

私はマーシャル大学 Student Health Center に治療に必要なすべての医療手段を行う権利を託します、また必要であれば、他の病院へ私を移動する権利を託します。

私は、過去にかかったことのある医療関係者がマーシャル大学 Student Health Center に私のこれまでの医療経過を知らせる権利を認めます。

私は自分の健康状態にあった授業を履修するためにマーシャル大学 Student Health Center が体育学科に私の健康状態を知らせる権利を認めます。

私は、ここに述べられている症状を除いては、すべての体育の授業、大学間のスポーツ活動に参加できることを誓います。

_____ 署名 _____ 未成年の場合、保護者の署名 _____
 日付 _____ 日付 _____