|  |  |
| --- | --- |
| isi2 | **Declaração do Estado da Saúde** |
| **ISI Japanese Language School Education Center***9F Sunshine 60 Bldg. 3-1-1 Higashi Ikebukuro, Toshima-ku, Tokyo, 170-6009 Japan**TEL : +81-3-5960-1335 　FAX : +81-3-5960-1336 E-mail:info@isi-global.com URL: www.isi-education.com/pt/* |

Use este formulário de declaração para fornecer informações sobre o seu estado de saúde atual.
Para que todos os alunos estejam saudáveis é importante que os membros do corpo docente sejam conscientes do seu estado de saúde, então preenche os seguintes campos em detalhe.

Por favor, note que não oferecemos consultas médicas ou medicamentos na escola. Esta declaração será guardada confidencialmente.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Qual é o seu estado de saúde atual?
 | [ ]  Muito bom [ ]  Normal [ ]  Não muito bom [ ]  Mau |
| 1. Está atualmente sob tratamento devido a um problema de saúde?
 | [ ]  Não[ ]  Sim  | Desde Ano/ Mês/ 　 Nome da doença (　　　　　　　　　　　　 　 　） |
| 1. Está atualmente tomando algum medicamento?\*Incluindo medicamentos sem prescrição médica
 | [ ]  Não[ ]  Sim  | Data de prescrição: Ano/ Mês/ Medicação: [ ] 　Sedativo　　 [ ] 　Pílulas para dormir[ ]  Medicamento antiepliéptico [ ]  Medicamento para asma [ ]  Outros:（　　 　 　　　　　　　 　） |
| 1. Sofreu uma cirurgia ou foi hospitalizado nos últimos 5 anos?
 | [ ]  Não[ ]  Sim  | Data: Ano/ Mês/ 　Motivo（　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　 　　） |
| 1. Tem antecedentes de doenças ou doenças crónicas?

Em caso afirmativo, por favor, escolha a opção apropriada abaixo e preenche os detalhes. |
| 1. Tuberculose
 | [ ]  Não[ ]  Sim | Início　Ano/ Mês/  | Estado atual[ ] 　Recuperado/a　 [ ] 　Com medicação |
| 1. Transtorno mental
 | [ ]  Não[ ]  Sim | Início　Ano/ Mês/  | [ ]  Depressão [ ]  Ansiedade [ ]  Transtorno de pânico [ ]  Insônia [ ]  Trastorno de déficit de atenção com hiperatividade（TDAH) [ ]  Outros ( 　　　　　　　　　　　　　 ) |
| 1. Alergias, incluindo asma
 | [ ]  Não[ ]  Sim | Início　Ano/ Mês/  | [ ]  Alimentos [ ]  Medicamentos [ ]  Produtos químicos [ ]  Outros（　　　　　　　　　　 　　 　 　　　　　　　　　　 ） |
| 1. Malária ou outra doença contagiosa
 | [ ]  Não[ ]  Sim | Início　Ano/ Mês/  | Nome: |
| 1. Diabetes
 | [ ]  Não[ ]  Sim | InícioAno/ Mês/  | Situação atual[ ] 　Tomando medicamentos　　[ ] 　Auto-injeção de insulina |
| 1. Ataques epilépticos ou convulsivos
 | [ ]  Não[ ]  Sim | InícioAno/ Mês/  |  |
| 1. Outras
 | [ ]  Não[ ]  Sim | Início　Ano/ Mês/  | Estado atual[ ]  Recuperado/a　 [ ]  Com medicação |
| 1. Tem um histórico de vacinação?
 | [ ]  Tuberculose [ ]  Tríplice viral [ ]  Poliomielite [ ]  Sarampo [ ]  Rubeóla [ ]  Difteria [ ]  Tétano [ ]  Meningite　 [ ]  Outras（　　　 ） |
| 1. Necessidades especiais de tratamento dietético ou restrições dietéticas
 | [ ]  Não [ ]  Sim | Desde: Ano/ Mês/ Detalhes（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）Motivo（　　　　　　　　　　　　　　 ）　 |
| 1. Por favor, escreva todas as informações relacionadas à saúde que a escola deve saber antecipadamente.

  |

**Declaro que entendo que as informações fornecidas neste formulário são verdadeiras e corretas e confirmo que li as Políticas de Cancelamento e Reembolso.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Assinatura do interessado:** |  |  | **Data:** | **AAAA/ MM/ DD/**  |