|  |  |
| --- | --- |
| 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 | Início Ano/ Mês/ | | Situação atual  　Tomando medicamentos  　Auto-injeção de insulina | | |
| 1. Ataques epilépticos ou convulsivos | Não  Sim | Início Ano/ 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/** |