|  |  |
| --- | --- |
| isi2 | **Questionnaire de santé** |
| **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/fr* |

Il est important que le personnel de l’école soit au courant de votre état de santé, veuillez donc nous prévenir de tout éventuel problème de santé. Veuillez remplir le formulaire suivant en détail et prendre note que l’école ne peut ni donner de conseils médicaux ni dispenser de médicaments. Tout renseignement transmis sera traité de façon confidentielle.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Décrivez votre état de santé actuel
 | [ ]  Très bon [ ]  Normal [ ]  Pas bon　 　　[ ]  Mauvais |
| 1. Suivez-vous actuellement un traitement pour des problèmes de santé?
 | [ ]  Non[ ]  Oui  | Depuis　　　 AAAA/ MM/ Nom de la maladie（　　　　　 　　　　　　 　） |
| 1. Prenez-vous actuellement des médicaments ?

\*Y compris des médicaments en vente libre | [ ]  Non[ ]  Oui | Date de prescription AAAA/ MM/ 　　Produit: [ ] 　Tranquillisants　　[ ] 　Somnifères[ ] 　Antiépileptiques　　　[ ] 　Médicaments contre l’asthme　Autres (　　 　 　　　 　） |
| 1. Avez-vous été hospitalisé ou avez-vous reçu une intervention chirurgicale au cours des 5 dernières années?
 | [ ]  Non[ ]  Oui | Temps passé à l’hôpital　　　　　 Ans　　 Mois　　Raison (　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 　　） |
| 1. Avez-vous des antécédents médicaux ou maladies chroniques ?

Le cas échéant, veuillez remplir les informations suivantes en détails. |
| 1. Tuberculose
 | [ ]  Non[ ]  Oui | Premiers symptômes　 Année Mois | État actuel[ ] 　Rétablissement complet　[ ] 　Prise de médicaments |
| 1. Troubles mentaux
 | [ ]  Non[ ]  Oui | Premiers symptômes　 Année Mois | [ ]  Dépression [ ]  Anxiété [ ]  Crise de panique [ ]  Insomnie 　　[ ]  Trouble du déficit de l’attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)[ ]  Autres ( 　　　　　　　　　 ) |
| 1. Allergies

(Y compris l’asthme) | [ ]  Non[ ]  Oui | Premiers symptômes　 Année Mois | [ ]  Aliments [ ]  Médicaments [ ]  Produits chimiques[ ]  Autres（　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　 ） |
| 1. Paludisme, ou autres maladies infectieuses
 | [ ]  Non[ ]  Oui | Premiers symptômes　 Année Mois | Nom de la maladie： |
| 1. Diabète
 | [ ]  Non[ ]  Oui | Premiers symptômes　 Année Mois  | Situation actuelle[ ] 　Prise de médicaments　　[ ] 　Auto-injection d'insuline. |
| 1. Criseid'épilepsieiou convulsions
 | [ ]  Non[ ]  Oui | Premiers symptômes　 Année Mois  |  |
| 1. Autres
 | [ ]  Non[ ]  Oui | Premiers symptômes　 Année Mois | État actuel[ ] 　Rétablissement complet　　　[ ] 　Prise de médicaments |
| 1. Contre quoi avez-vous été vacciné ?
 | [ ]  BCG [ ]  ROR [ ]  Polio [ ]  Rougeole [ ]  Rubéole [ ]  Diphtérie　　[ ]  Tétanos [ ]  Méningite　 [ ]  Autre（　　　 　　　　　　 ） |
| 1. Avez-vous des besoins alimentaires particuliers ?
 | [ ]  Non [ ]  Oui | Depuis　　　　　Année　　　　MoisDétails（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）Raison : (　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 ） |
| 1. Merci d'écrire toute information complémentaire que l’école devrait connaître avant votre arrivée.
 |

**Je déclare par la présente signature que j’ai pris connaissance des informations ci-dessus, d’avoir lu les politiques de remboursement et d’annulation, et que les informations fournies sont vraies et correctes.**

**Signature du candidat :　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 Date : 　　　　　 　 /Année 　　/Mois 　 　/Jour**