**饮食习惯相关的申报书**

感谢你报名参加ISI冬季课程。　由于我们可能需要在课程中为您提供食物，请回答以下问题。　我们不能顾全全部的过敏症状，习惯等敬请谅解。请自我注意自身的饮食，谢谢。

**问题1：我有食物过敏症状。**

没有⇒　请看问题2　　　　　　　有⇒　　请从下表中勾出相应的过敏食物

|  |  |
| --- | --- |
| 种类名称 | 种类说明 |
| 蛋类 | 鸡蛋 鱼卵 其他　（　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　 　） |
| 乳制品 | 牛奶　黄油　奶酪　生奶油　含有乳制品的所有食品 其他（　　　　　 ） |
| 谷类 | 小麦　荞麦　其他（ ） |
| 豆类・坚果 | 大豆　花生　杏仁　核桃仁 其他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 甲壳类・贝类 | 虾　蟹　鱿鱼　贝（ ）其他（　　　　　　　 ） |
| 鱼类 | 所有　皮发光的鱼　河鱼 其他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 肉类 | 牛肉　猪肉　鸡肉　鸭肉　羊肉 其他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 水果 | 桃　苹果　香蕉　猕猴桃　芒果 其他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 其他 |  |
| 过敏症状的强度以及详细 | 有轻微的过敏症状  因为有医生的指示或者药物等的影响不能吃  可以吃提取物 其他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**问题2:我是素食主义者**

是⇒　请从以下的种类表中选出自己相应的种类 不是⇒　请看问题3

|  |  |
| --- | --- |
| 种类名称 | |
|  | 1. 半・素食主义者 |
|  | 1. 白肉・素食主义者 |
|  | 1. 非肉食者 |
|  | 1. 不忌吃鱼素食者 |
|  | 1. 奶蛋素食主义者 |
|  | 1. 严格素食主义者 |
|  | 1. 只吃水果 |
|  | 1. 其他 |

**问题3：我有以下宗教上的饮食习惯**

有⇒　请在以下的类型表中选出自己相应的类型并圈出 没有⇒　请看问题4

|  |  |
| --- | --- |
|  | 类型名称 |
|  | 1. 印度教 |
|  | 1. 伊斯兰教 |
|  | 1. 犹太教 |

**问题4**：其他、关于饮食习惯如果有要通知学校或者希望学校知道的事情的话，请写出来。

|  |
| --- |
|  |

**健康状况申报表**

请于本申报表如实填写您的健康状况。

本申报表是为了让您能安心度过学校生活，教职员需要事先了解大家的健康状况而填写的表格，请尽可能详细填写。

即便提交本申报表，学校也不会为您开药或进行医疗行为等，请见谅。另外，本申报表的使用将做好保密措施，请放心。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 现在的健康状态如何？请从下列选项中选择。 | | | 非常好 一般 不太好　　 不好 | | |
| 1. 现在是否有因为何种病的治疗而定期去医院吗？ | | | 否  是 | 发病（症）时间： 年 月左右  病名： | |
| 1. 现在是否有在服用任何药物？※包含非处方药 | | | 无  有 | 开药时间： 年 月左右  药物种类：　精神安定药　　　　助眠药  　抗癫痫　　　　　　　哮喘药  　其他（　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 1. 过去5年内有无住院动过手术？ | | | 无  有 | 住院时间 年 月左右  住院理由： | |
| 1. 过去有无以下病症的病史？   ※请在符合的病症处打勾，并填写详情。 | | | | | |
| 1. 结核病感染史 | 无  有 | 发病（症）时间：  年 月左右 | | | 现在状况：  痊愈　　　　　 服药中 |
| 1. 精神病 | 无  有 | 发病（症）时间：  年 月左右 | | | 抑郁症  焦虑症  恐慌症　　  失眠  注意缺陷多动障碍（ADHD)  其他( ) |
| 1. 包括哮喘等的过敏疾病 | 无  有 | 发病（症）时间：  年 月左右 | | | 食物  药  化学制品  其他（　　　　　　　　　　 　　　 　 ） |
| 1. 疟疾及其他传染病 | 无  有 | 发病（症）时间：  年 月左右 | | | 名称： |
| 1. 糖尿病 | 无  有 | 发病（症）时间：  年 月左右 | | | 现在的情况  　服药中　　　　自己注射胰岛素 |
| 1. 癫痫或痉挛的发作 | 无  有 | 发病（症）时间：  年 月左右 | | |  |
| 1. 其他 | 无  有 | 发病（症）时间：  年 月左右 | | | 现在状况：  痊愈  服药中 |
| 1. 关于预防接种，至今是否有接种史？ | | BCG  M.M.R.  脊髓灰质炎  麻疹  风疹  白喉  破伤风  脑膜炎  其他（　　　　　　　　　 ） | | | |
| 1. 有无特殊食物疗法或食物限制等？ | | 无  有 | | | 时间： 年 月左右  内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）  理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　） |
| 1. 关于您的健康状况，若有需要事先知会学校的请在此处填写。 | | | | | |

\*确认所提供的内容无误。

**申请人签字:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日期: 　　　　　 　　/年　 　　 　　/月 　　　 /日**