

身 上 調 書

県名・学校名・学年			参加者氏名			記入者の続柄		
県	学校	年						

※ 引率指導者やセンター職員が、グループ管理や指導のために活用します。参加者について**保護者が記入し、ご署名**ください。書ききれない場合は、どのような用紙でも構いませんので、別紙に記入し、添付してください。

1. 参加者の長所と短所は何ですか。

2. 趣味や特技について記入してください。

3. 参加者の性格はどちらに近いか、該当する線上部分に○印をつけてください。

	強	やや	中間	やや	強	
勉強好き						遊び好き
にぎやか						物静か
のんき						せっかち
理知的						情緒的
神経質						おおらか
協調的						独立独歩
友達が少ない						友達が多い
自立心が強い						依頼心が強い
あきっぽい						根気強い
派手						地味

4. 参加者は食べ物の好き嫌いがありますか。

はい → 好きなもの ()
嫌いなもの ()

いいえ

5. 参加者には、毎日やらなければならない「家事の手伝い」がありますか。

はい → それは何ですか ()

いいえ

6. 参加者は一週間の内に洗濯や掃除、インスタント食品以外の料理をひとりで行うことがありますか。

洗濯→はい () 回 いいえ/掃除→はい () 回 いいえ/料理→はい () 回 いいえ

7. 参加者はお小遣いを計画的に考えて、使うことができますか。

はい いいえ その他 ()

8. 参加者は身の回りのことを（起床・着替え・洗顔・入浴・食事・排泄・就寝など）一人でできますか。

はい

いいえ

9. 部活動に入っていますか。

はい → () 部 → 部活動で役員をしたことがありますか： はい いいえ

いいえ → 以前は部活動に入っていましたか： はい () 部 いいえ

10. 学校のクラス委員、また児童会や生徒会の役員をしたことがありますか。

はい → いつ、どのような役員をしましたか ()

いいえ

※ 裏面もご記入ください。

11. てんかん／躁うつ病／自傷行為／重度のアレルギーや喘息／糖尿病／発達障害／学習障害／自閉症／起立性調節障害等の症状のある方、または保護者の支援や介護の必要な方は、受入機関の指示、及びその程度により、参加できない場合があります。**参加者は上記に該当しますか。**

いいえ はい → 以下に、上記のどれに該当するか、また、症状の程度等を説明してください。

12. 持病や既往症がありますか。

いいえ はい → 以下に、**病名、症状、服用している処方薬等**について説明してください。

13. 現在、ケガや病気などで、医師の治療を受けていますか。

いいえ はい → 以下に、**病名、症状、医師からの処方薬等**について説明してください。

14. 常用している市販の薬がありますか。

いいえ はい → 以下に、**薬の名前と、どのような症状の時に服用するのか**、説明してください。

15. アレルギーはありますか。 ※ 下記の*1、*2をお読みください。

いいえ はい → 以下に、**アレルギー要因と症状及び対応方法**を記入してください。

記入例) 生卵：蕁麻疹ができる。加熱していれば食べられる。症状が出た場合は市販の塗り薬で対応。

ネコ：同じ空間にいると目が充血する。目薬で対応可能。抗アレルギー点眼薬を持参予定。 など

16. 夜尿症はありますか。

いいえ はい → 以下に、偽りなくありのままの現状を記入してください。

17. お子さんについて、事前に引率指導者に説明しておくことがあれば、記入してください。

*1 ほとんどのホストファミリーが、犬や猫等のペットを飼っています。動物アレルギーをお持ちの方でも、ペットのいるご家庭に受け入れられる可能性があることを、ご了承ください。

*2 アナフィラキシー症状のある方は、参加できません。

※ 11～16の項目に該当する場合、医師による英文診断書や処方箋が必要になる場合があります。また、本書類への記入内容について、センターより確認のための連絡をさせていただくことがあります。

上記、記載事項に間違いありません。特に、11～17の項目において、プログラム期間中に事実と異なる事態が発覚した場合、参加取り消しや早期帰国が起りうることを、承知しています。

年 月 日

保護者署名

Minami Nihon Culture Center

20230501