



MEDICAL REPORT

for person applying to live temporarily in Samoa

This form is to be completed by a registered medical practitioner
after personally examining the applicant.

Attach a
passportsized
photo of the
applicant here
パスポートサイズ
の写真添付

PART A. TO BE COMPLETED BY THE APPLICANT BEFORE VISITING THE DOCTOR

申請者による記入欄(医師の診察前に記入)

1. Family name 姓	KOKUSAI	2. Given name 名	TARO		
3. Gender 性別	Male	4. Date of birth 生年月日	01	March	1990
		5. Occupation 職業	Engineer		

6. How long do you intend staying in Samoa?
サモアの予定滞在期間

2 years

7. Your medical history: これまでの病歴

Please tick 該当する方をチェック

Have you ever had: これまで以下のような既往や症状はありますか?	YES	or	NO	If yes, provide details はい、の場合は詳細記入(回答例)
(a) an operation? 手術を受けたこと 例 盲腸(虫垂炎)→Appendicitis	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	盲腸(虫垂炎)→Appendicitis
(b) been admitted to hospital? 入院したこと 例 10年前に1か月→ For one month in 10 years ago	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	10年前に1か月→ For one month in 10 years ago
(c) have you previously suffered or presently suffering from any communicable diseases for more than 2 weeks 過去または現在、2週間以上続けて、伝染病にかかったこと eg. Tuberculosis other 例 結核 その他	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
(d) an abnormal x-ray? レントゲン検査にて異常が発見されたこと	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
(e) convulsions, fits or epilepsy? 痙攣・発作・てんかんを起こしたこと	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
(f) anxiety, depression or nervous complaints requiring treatment/Counselling? 治療やカウンセリングを必要とする不安・鬱・精神的な苦痛	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
(g) high blood pressure? 高血圧	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
(h) heart trouble, chest pains or breathlessness? 心臓病、胸の痛み、息切れ	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
(i) kidney or bladder disease or complaint? 腎臓、膀胱の疾患または症状	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
(j) any illness, injury or medical condition lasting more than 2 weeks or a recurring condition not mentioned above? 上記以外で、2週間以上続いた、もしくは繰り返しておきている 病気、けが、医学的症状	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
(k) are you taking any pills, medicine or having any other medical treatment? 常用薬や処方薬の服用、もしくはそのほかの治療	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
(l) have you ever been addicted to a drug or taken drugs illegally? 薬物中毒症、もしくは違法薬物の使用	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
(m) do you consume alcohol? 飲酒	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1回ビール500ml程度/週2回程度 500ml of Beer / 2 occasions per week
(n) do you smoke, or have you ever smoked tobacco? 喫煙	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1日10本 / 10 cigarettes per day
(o) Do you have a medical condition that may require periodic hospitalisation 定期的な入院を必要とする病状	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	

APPLICANT'S DECLARATION - to be signed in the presence of the examining doctor.

申請者の宣言 - 診断医の前で署名して下さい
I declare that the information I have provided on this form is correct.
この書面上の情報は全て真実であることを誓います。

Signature 署名	Taro Kokusai	Date 日付	15	June	2015
-----------------	--------------	------------	----	------	------