

2026年 アメリカ大使留学奨学金プログラム
様式Ⅳ 健康状態申告書

2026年「アメリカ大使留学奨学金プログラム」への応募にあたり、以下の通り、応募者のアレルギーおよび持病について申告いたします。

種類	程度	薬の必要性
喘息	なし あり(通院なし あり)	必要なし 市販薬 処方薬
花粉症	なし あり(通院なし あり)	必要なし 市販薬 処方薬
アトピー	なし あり(通院なし あり)	必要なし 市販薬 処方薬
ハウスダスト	なし あり(通院なし あり)	必要なし 市販薬 処方薬
発達障害・学習障害	なし あり(通院なし あり)	必要なし 市販薬 処方薬
精神疾患	なし あり(通院なし あり)	必要なし 市販薬 処方薬
食物アレルギー	なし あり(アレルゲンおよび症状の程度を下記に記載すること)	
動物アレルギー	なし あり(アレルゲンおよび症状の程度を下記に記載すること)	
その他アレルギー	なし あり(アレルゲンおよび症状の程度を下記に記載すること)	

上記にて、「あり」とした症状について、その内容の詳細を記載してください。また、その他過去の病歴(完治したものも含む)、体質などについて申告すべきものがあれば病名、症状、通院頻度、現在の治療内容等について記載してください。

記載内容に間違いがないことを確認し、ここに署名します。

年 月 日 本人署名 _____

年 月 日 保護者署名 _____