



STUDENT'S HEALTH RECORD FORM - CONFIDENTIAL

All information shall not be disclosed to any third party without prior consent from the student

Student's Name	名前		BruHims No	記入不要	性別
Date of Birth	誕生日 (日/月/年)	Brunei Smart Card	記入不要	Colour	YL Male () Female ()
Registration Number	記入不要	Telephone	電話番号	Email address	Eメール
Faculty	記入不要		Session	記入不要	
Home Address	住所				
Do you Suffer from:		Yes	No	If Yes, please give details (e.g. medications)	
Hypertension	高血圧症			もし該当する病気を経験したことがあれば、 Yes をチェックし、説明してください	
Hepatitis B	B型肝炎				
Epilepsy	てんかん				
Asthma	ぜんそく				
Diabetes	糖尿病				
Cancer	がん				
Allergies (including drug and non-drug allergies)		薬を含んだアレルギー症状			
Dyslexia	失読症				
Do you wear:		以下のものを装着していますか			
Spectacles/ Contact Lens	眼鏡/コンタクトレンズ				
Hearing Aid	補聴器				
Support Devices	その他の補助器			何か UBD 側で知っておいたほうがいいことが ありますか。	
Do you have any special needs that we should be aware of to support your well-being in UBD?					
視覚 () Visual 聴覚 () Hearing 身体 () Physical 学習障害 () Learning Disability 其他 () Others: _____ () Translator (Language: _____)					
Are you on regular medication? (please specify) () Yes () No (Please ✓)					
何か病気を患っていることがありますか (あれば、Yes をチェックして説明してください)					
なければ No をチェック					
*Please attach a copy of your physician card/ Patient's Health Booklet/ Outpatient Prescription (if any)					
Any other medical information (please specify)					
記入不要					
Declaration					
I hereby declare that all information entered above is true to the best of my knowledge.					
Student's Signature	署名		Date:	署名した日	