

Confidential



ほ け ん ち ょ う さ ひ ょ う  
**保健調査票**  
**Health Check Form**

ふりがな		性別 (Gender)
な まえ 名 前 (Name)		おとこ おんな 男 ・ 女 (Male) ・ (Female)
学年 (Grade ) 組 (Class ) 番号 (Number )	ねん くみ ばん 1 年 組 番	
	2 年 組 番	
	3 年 組 番	
	4 年 組 番	
	5 年 組 番	
	6 年 組 番	

この調査は健康診断等の参考にしますので、必ず  
ご記入くださるようお願いいたします。  
なお、6年間使用しますので、大切にしてください。

Please complete the following necessary medical checklist for each of the six years of your child 's schooling.

This completed information will be most important for your child' health during school.

1. 今までにかかった病気等の番号に○印をつけ、その時の年齢等を記入してください。

(Please circle ○ the number corresponding to the medical condition of your child and year below.)

1	麻疹(はしか) (measles)	才(year)	2	風疹 (German measles)	才
3	水痘 (chicken pox)	才	4	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) (mumps)	才
5	糖尿病 (diabetes)	才	7	心臓病 (heart disease)	才
6	腎臓病 (kidney disease)	才	9	結核 (tuberculosis)	才
8	肝臓病 (liver disease)	才			
10	大きなけが・けがの名前(Major injuries / type of injury) [ ]				才
11	受けた手術・手術名(Any previous operations / type of operation [ ])				才
12	その他の病気・病名(Other diseases / type of disease) [ ]				才

2. 今までに受けた予防接種の番号に○印をつけてください。

(Please circle previous inoculations below.)

1	麻疹 (measles)	2	風疹 (German measles)	3	流行性耳下腺炎 (mumps)
---	--------------	---	---------------------	---	-----------------

3. ツベルクリン反応検査、BCG接種について該当する番号に○印をつけ、その時の年齢を書いてください。

(Please circle the results of your child's tuberculosis test & B.C.G below. Please write the date of these results.)

ツベルクリン反応検査 (Tuberculosis test)	1	陰性 (negative)	(year) (month) (day) 年 月 日
	2	疑陽性 (uncertain)	
	3	陽性 (positive)	
BCG接種 (B.C.G injection)	1	受けた (inoculated)	年 月 日
	2	受けていない (not inoculated)	

4. この1年間にかかった病気や現在の様子について、学年欄に○印または病名を書いてください。

(Please circle the following conditions if occurred during the years.)

(1) 内科 (Internal condition)

項目 (content)	1年	2年	3年	4年	5年	6年
喘息・初発年齢 (asthma) (year began) [ ]						
膀胱炎・腎盂炎 (bladder infection / pyelitis condition)						
溶連菌感染症 (A type streptococcus infection)						
けいれん (seizure)						
通院中ならば、病名は? (in-patient, name of hospital) [ ]						
咳や痰がよく出る (cough or phlegm present)						
たちくらみやめまいをおこしやすい (frequent dizziness)						
頭がよく痛くなる (frequent headaches)						
腹がよく痛くなる (frequent stomachaches)						
記入年月日 (Date)	心身面で心配なことがあれば書いてください。 (Please list any other concerns not mentioned above.)					

(2) 耳鼻科 (Ear, nose and throat condition)

項目 (content)		1年		2年		3年		4年		5年		6年	
聴力検査 (Hearing test) (学校記入欄) (Office use)	区分	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左
	1000Hz												
	4000Hz												
耳鼻科の病気にかかったことがある (Previous illnesses)													
鼻血がよく出る (Nose bleed)													
のどが痛くなりやすい (Sore throat)													
記入年月日 (Date)	この1年間にかかった病気と心配なことがあれば記入してください。 (Please list any illnesses occurred this year and any other concerns not mentioned above.)												
-----													
-----													
-----													

(3) 眼科 (Eye condition)

入学前に遠視で眼鏡をかけた・( )才 (If treated for far-sightedness, were glasses worn before entering school? [ What age? ])													
入学前に斜視で手術をした・( )才 (Has there been previous treatment for cross-eye condition? [ What age? ])													
項目 (content)		1年		2年		3年		4年		5年		6年	
視力検査 (Eyesight Test)	裸眼視力 (unaided vision)	右											
		左											
学校記入欄 (Office use)	矯正視力 (aided vision)	右											
		左											
眼科受診後の病名 (type of diagnosis and name)													
現在、眼鏡やコンタクトを使用 (Are spectacles or contact lenses used at present?)													
めやに・充血・かゆみがある (eye mucus, bloodshot, itchy eyes present?)													
記入年月日 (Date)	この1年間にかかった病気と心配なことがあれば記入してください。 (Please list any illnesses occurred this year and any other concerns not mentioned above.)												
-----													
-----													
-----													

(4) 歯科 (Dental condition)

項目 (content)		1年	2年	3年	4年	5年	6年
あごが痛い (jaw ache)							
噛み合わせが悪い (uneven teeth)							
歯ぐきから血が出る (tooth bleed)							
痛む歯や水がしみる歯がある (Cold drinks causing tooth pain?)							
記入年月日 (Date)	歯のことで心配なことがあれば記入してください。 (Please list any other concerns not mentioned above.)						
-----							
-----							
-----							