1年生保護者 様
致 1 年级学生家长

学校 校長
学校名 校長

保健調査票の記入について (お願い)
关于填写保健调查表(注意)

ご入学おめでとうございます。

さて、新年度を迎え定期健康診断を実施いたします。

つきましては、定期健康診断及び日常の健康管理の参考にしますので、下記により保健調査票に必要事項をご記入の上、 月 日 () までに学級担任へ提出いただきますようお願いいたします。

恭喜您入学！

在新学年到来之际将实施定期健康检查。

作为定期健康检查及日常健康管理の参考，请在下記保健调查表内填入必要事項，于 月 日 (星期) 之前提交给班主任。

記
内容

- 1 すべての健康診断の問診となるものです。㊦扱いとさせていただきますので、正確に記入してください。
此表的全部内容均为健康检查的问诊项目，将作为密件管理，因此请如实填写。
 - 2 「予防接種」の欄は、特に、記入もれのないように記入をお願いします。
特别是「预防接种」一栏，请注意务必不要漏记。
 - 3 アレルギーにより、病院でアドレナリン自己注射薬（エピペン）を処方されている場合はお知らせください。
因过敏症状，从医院拿到自己注射用的肾上腺素药方时，请告知。
 - 4 記入する上で、何か不明な点がありましたら、学級担任または養護教諭までご連絡ください。
填写中如有不清楚的地方，请与班主任或者保健师联系。
- ※ 保健調査票は、定期健康診断及び日常の健康管理以外には使用しません。
保健调查表只用于定期健康检查及日常健康管理。
- ※ 国によっては予防接種などの制度が違う場合もありますので、書ける範囲で記入し、何か不明な点がありましたら、学級担任または養護教諭までご連絡ください。
根据国家不同预防接种的制度也会有所差异，请在尽可能范围内填写，如有不明之处，请与班主任或保健师联系。

保 健 調 査 票

保 健 調 査 表

保護者の方へ
致 各位家长

この調査票は、学校医による健康診断および学校における健康管理に必要なものですから正しく記入してください。なお、目的以外には使用しません。直接伝えたいことがありましたら、担任または養護教諭までご連絡ください。

此调查表是校医作为健康检查及学校健康管理的依据资料，务请如实填写。

另外，此表不会做其它目的使用。如有需要直接告知的事项时，请与班主任或保健师联络。

学 校 名							
生徒/児童 氏 名 学生/児童 姓名	男 女			生年月日 生日		年 月 日	
学 年 組 学 年 組	1-	2-	3-	4-	5-	6-	
男女別番号 男女別号码							

氏名 姓名		男 ・ 女
----------	--	-------

小学校用 小学用

1. 今までにかかった病気やけが
至今为止的病历及伤情 *番号を○でかこみ、かかった時の年齢を記入してください。
在对应号码处画○，并填写得病时年龄

1	心臓の病気 (病名) 心脏疾病	才 才	7	難聴 听障	才 才
2	腎臓の病気 (病名) 肾脏疾病	才 才	8	麻疹 (はしか) 麻疹	才 才
3	喘息 哮喘	才 才	9	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 流行性腮腺炎	才 才
4	川崎病 川崎病	才 才	10	水痘 (みずぼうそう) 水痘	才 才
5	ひきつけ・けいれん 发作性痉挛	才 才	11	風疹 (三日ばしか) 风疹	才 才
6	弱視 (0.2以下で矯正不能) 右・左 弱视 (0.2以下不能矫正) 右・左	才 才	12	その他 () 其它 ()	才 才

2. 予防接種
预防接种 *母子手帳を参考に予防接種を受けたものに○をつけ、内容を記入してください。
请参考母子手册，在接种过预防疫苗的项目处画○，并填写内容。

ヒブ 乙型流感		ポリオ (生・不活化) 小儿麻痹 (口服・注射)		水痘 水痘	
1回目 第1次	年 月 日	1回目 第1次	年 月 日	1回目 第1次	年 月 日
2回目 第2次	年 月 日	2回目 第2次	年 月 日	2回目 第2次	年 月 日
3回目 第3次	年 月 日	3回目 第3次	年 月 日	日本脳炎 日本脳炎	
4回目 第4次	年 月 日	追加 追加	年 月 日	1回目 第1次	年 月 日
小児用肺炎球菌 小儿用肺炎球菌		①生ワクチン2回で終了 口服型疫苗2次结束 ②不活化ワクチン4回で終了 注射型疫苗4次结束 ※不活化ポリオは四種混合に含まれています。 注射型小儿麻痹疫苗包括在四種混合中		2回目 第2次	年 月 日
1回目 第1次	年 月 日			追加 追加	年 月 日
2回目 第2次	年 月 日			その他で接種した予防接種 (インフルエンザを除きます) 其它的预防接种 (不包括流感)	
3回目 第3次	年 月 日				
4回目 第4次	年 月 日	BCG 结核		おたふくか ぜ	① 年 月 日
(三種・四種)混合 (三种・四种)混合		年 月 日		腮腺炎	② 年 月 日
1回目 第1次	年 月 日	麻しん風しん混合 麻疹风疹混合		B型肝炎 乙型肝炎	① 年 月 日
2回目 第2次	年 月 日	1期 第1期	年 月 日		② 年 月 日
3回目 第3次	年 月 日	2期 第2期	年 月 日		③ 年 月 日
追加 追加	年 月 日			その他 其它	

※1 三種混合ではなく四種混合で接種した方は、三種混合とポリオ (不活化) の欄に同じ接種日を記入
注射了四种混合而非三种混合时，请在三种混合栏和小儿麻痹注射栏内填入相同日期

※2 ポリオは経口生ワクチンと不活化ワクチンの2種類あり
小儿麻痹分为口服型和注射型两种疫苗
生2回、生1回+不活化3回、不活化4回のいずれかであれば接種完了
无论口服两次、口服一次+注射三次或者注射四次均视为接种完了

※3 単抗原の予防接種を受けた場合は記入
接受单抗原预防接种时请記入

3. アレルギー疾患について
关于过敏症

※該当する場合は○(過去1年以内にその病気で受診している場合は◎), 該当しない場合はチェック (v)をつけてください。

符合下列情况时画○(过去一年內患过此病时画◎), 不符合的情况画(v)。

	1年 1年級	2年 2年級	3年 3年級	4年 4年級	5年 5年級	6年 6年級
食物アレルギーがある。 食物过敏						
アレルギー性鼻炎の診断を受けている。 诊断为过敏性鼻炎						
アレルギー性結膜炎の診断を受けている。 诊断为过敏性结膜炎						
アトピー性皮膚炎の診断を受けている。 诊断为过敏性皮炎						
ぜんそくの診断を受けている。 诊断为哮喘						
その他() 其它()						

4. 学校生活において健康上注意すること
在学校生活中健康方面的注意事项

学年の欄の有無に○をし、有の場合は右欄に詳しく記入してください。
在学年栏的有无中选择画○, 选择有的话请在右栏中详细记入。

例	有・無	<ul style="list-style-type: none"> ・ 体育、水泳、校外学習や日常生活などで注意すること - 体育、游泳、校外学习及日常生活等的注意事项 ・ 現在通院中の病気について(病名、病院名、服薬の有無、経過等) - 目前去医院治疗中的疾病(病名、医院名、有无服药及服药结果) ・ アレルギーの原因、症状、対応など - 过敏症的原因、症状及处置 			
1年 1年級	有・無		4年 4年級	有・無	
2年 2年級	有・無		5年 5年級	有・無	
3年 3年級	有・無		6年 6年級	有・無	

氏名 姓名		男 ・ 女	中学校用 中学用
----------	--	-------	-------------

1. 今までにかかった病気やけが
至今为止的病历及伤情

*番号を○でかこみ、かかった時の年齢を記入してください。
*在对应号码处画○，并填写得病时年龄

1	心臓の病気 (病名) 心脏疾病	才 岁	7	難聴 听障	才 岁
2	腎臓の病気 (病名) 肾脏疾病	才 岁	8	麻疹 (はしか) 麻疹	才 岁
3	喘息 哮喘	才 岁	9	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 流行性腮腺炎	才 岁
4	川崎病 川崎病	才 岁	10	水痘 (みずぼうそう) 水痘	才 岁
5	ひきつけ・けいれん 发作性痉挛	才 岁	11	風疹 (三日ばしか) 风疹	才 岁
6	弱視 (0.2以下で矯正不能) 右・左 弱视 (0.2以下不能矫正) 右・左	才 岁	12	その他 () 其它 ()	才 岁

2. 予防接種
预防接种

*母子手帳を参考に予防接種を受けたものに○をつけ、内容を記入してください。
*请参考母子手册，在接种过预防疫苗的项目处画○，并填写内容。

種 類 种 类		接 種 状 況 接 种 状 况				未実施 未接种	不明 不清楚
1	BCG 结核	年 月 日					
2	三種混合 三种混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風) (白喉・百日咳・破伤风)	1 期初回 第 1 期第 1 次		1 期追加 第 1 期追加			
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
3	ポリオ (経口生) 小儿麻痹 (口服型)	1 回目 第 1 次		2 回目 第 2 次			
4	麻しん風しん混合 (MR) 麻疹风疹混合 (MR)	1 期 第 1 期					
	麻しん風しん混合 (MR) 麻疹风疹混合 (MR)	2 期 第 2 期					
5	日本脳炎 日本脑炎	1 期初回 第 1 期第 1 次		1 期追加 第 1 期追加		2 期 第 2 期	
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
6	二種混合 (ジフテリア・破傷風) 两种混合 (白喉・破伤风)	年 月 日					
7	その他 其它 (ワクチン名) (疫苗名)	年 月 日 () ・ 年 月 日 ()					
		年 月 日 () ・ 年 月 日 ()					
		年 月 日 () ・ 年 月 日 ()					

※その他は水痘・おたふく などを記入してください。
请填写其它接种如水痘・腮腺炎等

3. アレルギー疾患について
关于过敏症

※該当する場合は○(過去1年内にその病気で受診している場合は◎), 該当しない場合はチェック (v)をつけてください。

符合下列情况时画○(过去一年內患过此病时画◎), 不符合的情况画(v)。

	1年 1年級	2年 2年級	3年 3年級
食物アレルギーがある。 食物过敏			
アレルギー性鼻炎の診断を受けている。 诊断为过敏性鼻炎			
アレルギー性結膜炎の診断を受けている。 诊断为过敏性结膜炎			
アトピー性皮膚炎の診断を受けている。 诊断为过敏性皮炎			
ぜんそくの診断を受けている。 诊断为哮喘			
その他() 其它()			

4. 学校生活において健康上注意すること
在学校生活中健康方面的注意事项

学年の欄の有無に○をし、有の場合は右欄に詳しく記入してください。
在学年栏的有无中选择画○, 选择有的话请在右栏中详细記入

例	有・無	<ul style="list-style-type: none"> ・ 体育、水泳、校外学習や日常生活などで注意すること - 体育、游泳、校外学习及日常生活等的注意事项 ・ 現在通院中の病気について(病名、病院名、服薬の有無、経過等) - 目前去医院治疗中的疾病(病名、医院名、有无服药及服药结果) ・ アレルギーの原因、症状、対応など - 过敏症的原因、症状及处置
1年 1年級	有・無	
2年 2年級	有・無	
3年 3年級	有・無	

5. 現在の健康状態 现在的健康状况

項目のあてはまるものに○、あてはまらないものに☑を該当学年の欄に記入してください。
请在相应的学年栏中，将符合以下项目的画○、不符合的画☑

		1年 1年級	2年 2年級	3年 3年級	4年 4年級	5年 5年級	6年 6年級		
内科	結核	1 結核性の病気にかかったことがある 患过结核性的疾病	いいえ (无) ・ はい (有)	いいえ (无) ・ はい (有)	いいえ (无) ・ はい (有)	いいえ (无) ・ はい (有)	いいえ (无) ・ はい (有)	いいえ (无) ・ はい (有)	
			年 約 年 月 頃 月	年 約 年 月 頃 月	年 約 年 月 頃 月	年 約 年 月 頃 月	年 約 年 月 頃 月	年 約 年 月 頃 月	
		2 結核の感染を受けたとして予防薬を飲んだ 因患过结核感染而吃过预防药	いいえ (无) ・ はい (有)						
			年 約 年 月 頃 月	年 約 年 月 頃 月	年 約 年 月 頃 月	年 約 年 月 頃 月	年 約 年 月 頃 月	年 約 年 月 頃 月	
		3 結核の治療を受けた人と接したことがある 与接收过结核病治疗的人有过接触	いいえ (无) ・ はい (有)						
年 約 年 月 頃 月	年 約 年 月 頃 月		年 約 年 月 頃 月	年 約 年 月 頃 月	年 約 年 月 頃 月	年 約 年 月 頃 月	年 約 年 月 頃 月		
4 過去3年以内に通算して半年以上外国にいたことがある 近三年内总计在国外居住过半年以上的情况	「はい」 の場合 「有」 の場合	外国にいた 時期 在国外的时间	いいえ (无) ・ はい (有)	いいえ (无) ・ はい (有)	いいえ (无) ・ はい (有)	いいえ (无) ・ はい (有)	いいえ (无) ・ はい (有)	いいえ (无) ・ はい (有)	
		どこの国 哪个国家	年 約 年 月 頃 月	年 約 年 月 頃 月	年 約 年 月 頃 月	年 約 年 月 頃 月	年 約 年 月 頃 月	年 約 年 月 頃 月	
5 現在、2週間以上「咳や痰」が続いている 目前持续两周以上「咳嗽或有痰」	「はい」 の場合 「有」 の場合	医療機関の 受診の有無 有无接受医 疗机关的治疗	いいえ (无) ・ はい (有)	いいえ (无) ・ はい (有)	いいえ (无) ・ はい (有)	いいえ (无) ・ はい (有)	いいえ (无) ・ はい (有)	いいえ (无) ・ はい (有)	
		有 (有) ・ 無 (无)	有 (有) ・ 無 (无)	有 (有) ・ 無 (无)	有 (有) ・ 無 (无)	有 (有) ・ 無 (无)	有 (有) ・ 無 (无)	有 (有) ・ 無 (无)	

				ぜんそく・ぜんそく・ぜんそく 気管支炎 と診断された 喘息性気管支炎 或ぜんそく 支管炎	有 (有) ・ 無 (无)	有 (有) ・ 無 (无)	有 (有) ・ 無 (无)	有 (有) ・ 無 (无)	有 (有) ・ 無 (无)	有 (有) ・ 無 (无)
--	--	--	--	---	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

				1年 1年級	2年 2年級	3年 3年級	4年 4年級	5年 5年級	6年 6年級
内科	一般	1	熱を出しやすい 易发烧						
		2	頭痛をおこしやすい 易头痛						
		3	下痢や腹痛をおこしやすい 易腹泻或腹痛						
		4	1年以内に喘息の発作がおきたことがある 一年内发作过哮喘						
		5	少しの運動でも、すぐ苦しがる 稍作运动就感觉呼吸困难						
		6	体のふしぶしが痛んだり腫れたりする 身体的各处关节肿痛						
		7	1年以内にひきつけをおこしたことがある 一年内发作过痉挛						
		8	めまいがしたり、気持ちが悪くなったりする 时时头晕恶心						
		9	顔やまぶたがむくむ 面部或眼皮肿						
		10	その他 其它 ()						
眼科		1	めやにや涙がでやすい 易出眼眵或流泪						
		2	眼が充血したり、かゆかったりする 有时眼充血或发痒						
		3	眼を近づけて見る、眼を細める 看东西时靠近或眯眼						
		4	その他 其它 ()						
歯科 齿科		1	歯ぐきが腫れたり血が出ることもある 有过牙龈肿胀或出血现象						
		2	歯並びが気になる 对牙齿的排列有所担心						
		3	噛むときに、あごが痛んだり音がする 咀嚼时下颞痛或有响声						
		4	その他 其它 ()						
耳鼻科 耳鼻喉科	耳	1	テレビの音を大きくしたり近くによって聞く 把电视的声音开得很大或靠近电视听						
		2	耳がつまった感じや耳鳴りがする 感觉耳朵堵塞或耳鸣						
		3	耳から水やうみがでることがある 从耳内渗出水或液体						
	鼻	4	いつも黄色や緑色の濃い鼻水がでている 经常流黄色或绿色的脓鼻涕						
		5	鼻が詰まったり、くしゃみがでる 鼻子堵或打喷嚏						
		6	鼻血がよくでる 经常流鼻血						
	咽喉	7	よくのどが痛くなって38℃以上の熱がでる 经常嗓子痛并发烧38度以上						
		8	いびきをかく 打呼噜						
		9	口を開けていることが多い 经常张嘴						
		10	声がいっつもかすれている 经常声音嘶哑						
		11	その他 其它 ()						