

年 月 日

yyyy / mm / dd

1 年生保護者 様

Dear Parents / Guardians of the 1st grade students,

(School name) 学校 校長 _____
Principal

保健調査票の記入について（お願い）

How to fill out the health assessment form

ご入学おめでとうございます。

Congratulations and welcome to school.

さて、新年度を迎え定期健康診断を実施いたします。

This letter is to announce the annual health checkup for this new school year.

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。

For reference to the annual health checkup and monitoring your child's daily health condition, submit the completed health assessment form to a classroom teacher by ____ / ____ (mm/dd).

記 Note

- 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。

The health assessment form is used as a questionnaire for all medical examination. The information will be confidential. Fill it out correctly and truthfully.

- 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。

Be sure to completely fill out the sections of "Vaccination Record."

- 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。

Let us know if your child is prescribed the adrenaline auto-injector (EpiPen) by your doctor.

- 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。

Please feel free to contact the classroom teacher or the school nurse if you have any inquiry regarding the form.

※ 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。

The health assessment form will not be used for other than the annual health checkup and monitoring your child's daily health condition.

※ 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。

Regulation(s) of the vaccination may vary depending on countries. Fill it out as much as you can.

Please ask your classroom teacher or school nurse if you have any inquiries.

保 健 調 査 票

Health Assessment Form

保護者の方へ

Dear Parents/Guardians,

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。

This assessment form is essential for medical checkup by a school doctor and monitoring your child's health condition in school. Please complete correctly and truthfully. The information will not be used for any other purpose. Contact your class teacher or school nurse if you have anything you need to tell.

学 校 名 Name of School							
生徒/児童 氏 名 Students Name	男 Male 女 Female			生年月日 Date of Birth		年 月 日 / / (yyyy/mm/dd)	
学 年 組 Class	1-	2-	3-	4-	5-	6-	
男女別番号 Student No.							

氏名 Student Name		男 ・ 女 Male / Female	小学校用 For Elementary School Use
--------------------	--	------------------------	-----------------------------------

1. 今までにかかった病気やけが
Student's Medical History

* 番号を○でかこみ、かかった時の年齢を記入してください。
*Circle the applicable number and fill in the age.

1	心臓の病気 (病名) Heart Disease (Diagnosis:)	オ Age:	7	難聴 Hearing Loss	オ Age:
2	腎臓の病気 (病名) Kidney Disease (Diagnosis:)	オ Age:	8	麻疹 (はしか) Measles	オ Age:
3	喘息 Asthma	オ Age:	9	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) Mumps	オ Age:
4	川崎病 Kawasaki Disease	オ Age:	10	水痘 (みずぼうそう) Chickenpox	オ Age:
5	ひきつけ・けいれん Convulsion/Seizure	オ Age:	11	風疹 (三日ばしか) German Measles	オ Age:
6	弱視 (0.2以下で矯正不能) 右・左 Amblyopia (Lazy eye; 0.2 or less vision and not correctable with lenses) in right / left eye	オ Age:	12	その他 () Other:	オ Age:

2. 予防接種
Immunization Record

* 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。
*Circle the vaccination administered and write the date(year/month/day) vaccinated with a mother and child health handbook as reference.

ヒブ Hib(Hemophilus influenzae type b)		ポリオ (生・不活化) Polio (live/inactivated)		水痘 Chickenpox	
1回目 Dose 1	Date: / / 年 月 日	1回目 Dose 1	Date: / / 年 月 日	1回目 Dose 1	Date: / / 年 月 日
2回目 Dose 2	Date: / / 年 月 日	2回目 Dose 2	Date: / / 年 月 日	2回目 Dose 2	Date: / / 年 月 日
3回目 Dose 3	Date: / / 年 月 日	3回目 Dose 3	Date: / / 年 月 日	日本脳炎 Japanese Encephalitis	
4回目 Dose 4	Date: / / 年 月 日	追加 Booster	Date: / / 年 月 日	1回目 Dose 1	Date: / / 年 月 日
小児用肺炎球菌 Children's pneumococcus		①生ワクチン2回で終了 1.Up to two doses for live poliovirus vaccine ②不活化ワクチン4回で終了 2.Up to four shots for inactivated poliovirus vaccine ※不活化ポリオは四種混合に含まれています。 *Inactivated polio vaccine is included in DPT-IPV.		2回目 Dose 2	Date: / / 年 月 日
1回目 Dose 1	Date: / / 年 月 日			追加 Booster	Date: / / 年 月 日
2回目 Dose 2	Date: / / 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) Others (excluding influenza)	
3回目 Dose 3	Date: / / 年 月 日				
4回目 Dose 4	Date: / / 年 月 日	BCG		おたふく かぜ Mumps	① 年 月 日 1st date given: / /
(三種・四種) 混合 Diphtheria, Pertussis, Tetanus(DPT)/DPT-IPV		年 月 日 Date: / /			② 年 月 日 2nd date given: / /
1回目 Dose 1	Date: / / 年 月 日	麻疹・風疹混合 Measles-rubella (MR)		B型肝炎 Hepatitis B	① 年 月 日 1st date given: / /
2回目 Dose 2	Date: / / 年 月 日	1期 Phase 1	Date: / / 年 月 日		② 年 月 日 2nd date given: / /
3回目 Dose 3	Date: / / 年 月 日	2期 Phase 2	Date: / / 年 月 日		③ 年 月 日 3rd date given: / /
追加 Booster	Date: / / 年 月 日			その他 Other	

※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

*1 Fill in the same date in both DPT and Polio (inactivated) sections if your child had DPT-IPV.

※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

*2 There are two types of Polio vaccine: oral live poliovirus vaccine and inactivated poliovirus vaccine.

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

Two doses for live type / One dose for live + three doses for inactivated type / Four doses for inactivated type should be completed.

※3 単抗原の予防接種を受けた場合は記入

*3 Fill in the date given and describe if your child had a single antigen IPV.

3. アレルギー疾患について Allergic diseases

※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(✓)をつけてください。

*Fill in the blanks with following marks (○=Yes, ◎=Treated within the last one year, ✓=No)

	1年 1st grade	2年 2nd grade	3年 3rd grade	4年 4th grade	5年 5th grade	6年 6th grade
食物アレルギーがある。 Is the child allergic to any food?						
アレルギー性鼻炎の診断を受けている。 Has the child been diagnosed with allergic rhinitis?						
アレルギー性結膜炎の診断を受けている。 Has the child been diagnosed with allergic conjunctivitis?						
アトピー性皮膚炎の診断を受けている。 Has the child been diagnosed with atopic dermatitis?						
ぜんそくの診断を受けている。 Has the child been diagnosed with asthma?						
その他() Other()						

4. 学校生活において健康上注意すること Special care in school life

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。

Circle Y(yes) and describe details if any special care is required in school life, or N(No) if none of them apply.

例 Example	有・無 Y/N	<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 -Points to notice in PE class, swimming, field trip or daily life ・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) -Medical conditions being currently treated(diagnosis, name of clinic/hospital, medications, and progress etc.) ・アレルギーの原因、症状、対応など -Triggers, symptoms, and treatment options of allergic reactions 			
1年 1st grade	有・無 Y/N		4年 4th grade	有・無 Y/N	
2年 2nd grade	有・無 Y/N		5年 5th grade	有・無 Y/N	
3年 3rd grade	有・無 Y/N		6年 6th grade	有・無 Y/N	

氏名 Student Name		男 ・ 女 Male / Female	中学校用 For Junior High School Use
--------------------	--	------------------------	------------------------------------

1. 今までにかかった病気やけが *番号を○でかこみ、かかった時の年齢を記入してください。

Student's Medical History *Circle the applicable number and fill in the age.

1	心臓の病気 (病名) Heart Disease (Diagnosis:)	オ Age:	7	難聴 Hearing Loss	オ Age:
2	腎臓の病気 (病名) Kidney Disease (Diagnosis:)	オ Age:	8	麻疹 (はしか) Measles	オ Age:
3	喘息 Asthma	オ Age:	9	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) Mumps	オ Age:
4	川崎病 Kawasaki Disease	オ Age:	10	水痘 (みずぼうそう) Chickenpox	オ Age:
5	ひきつけ・けいれん Convulsion/Seizure	オ Age:	11	風疹 (三日ばしか) German Measles	オ Age:
6	弱視 (0.2 以下で矯正不能) 右・左 Amblyopia (Lazy eye; 0.2 or less vision and not correctable with lenses) in right / left eye	オ Age:	12	その他 () Other: ()	オ Age:

2. 予防接種 *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。

Immunization Record *Circle the vaccination administered and write the date(year/month/day) vaccinated with a mother and child health handbook as reference.

種 類 Type of Vaccine	接 種 状 況 Date administered (yyyy/mm/dd)	未実施 Not administered	不明 Unknown
1 BCG	年 月 日 Date: yyyy / mm / dd		
2 三種混合 DPT (ジフテリア・百日せき・破傷風) Diphtheria, Pertussis(Whooping cough), Tetanus	1 期初回 Phase 1 initial dose 年 月 日 Date: / / 1 期追加 Phase 1 booster 年 月 日 Date: / /		
3 ポリオ (経口生) Oral live polio	1 回目 年 月 日 1st dose given: yyyy/mm/dd 2 回目 年 月 日 2nd dose given: yyyy/mm/dd		
4 麻疹風しん混合 (MR) Measles-Rubella	1 期 年 月 日 Phase 1 : yyyy / mm / dd		
麻疹風しん混合 (MR) Measles-Rubella	2 期 年 月 日 Phase 2 : yyyy / mm / dd		
5 日本脳炎 Japanese Encephalitis	1 期初回 Phase 1 initial dose 年 月 日 Date: / / 1 期追加 Phase 1 booster 年 月 日 Date: / / 2 期 Phase 2 年 月 日 Date: / /		
6 二種混合 (ジフテリア・破傷風) DT (Diphtheria, Tetanus)	年 月 日 Date: yyyy / mm / dd		
7 その他 Other (ワクチン名) (describe vaccine type)	年 月 日 () ・ 年 月 日 () Date given: yyyy/mm/dd () ・ Date given: yyyy/mm/dd () 年 月 日 () ・ 年 月 日 () Date given: yyyy/mm/dd () ・ Date given: yyyy/mm/dd () 年 月 日 () ・ 年 月 日 () Date given: yyyy/mm/dd () ・ Date given: yyyy/mm/dd ()		

※その他は水痘・おたふくなどを記入してください。

*Other could be filled in with chickenpox, mumps etc.

3. アレルギー疾患について Allergic Diseases

※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 (✓) をつけて*Fill in the blanks with following marks (○=Yes, ◎=Treated within the last one year, ✓=No)

	1 年 1st grade	2 年 2nd grade	3 年 3rd grade
食物アレルギーがある。 Is the child allergic to any food?			
アレルギー性鼻炎の診断を受けている。 Has the child been diagnosed with allergic rhinitis?			
アレルギー性結膜炎の診断を受けている。 Has the child been diagnosed with allergic conjunctivitis?			
アトピー性皮膚炎の診断を受けている。 Has the child been diagnosed with atopic dermatitis?			
ぜんそくの診断を受けている。 Has the child been diagnosed with asthma?			
その他() Other()			

4. 学校生活において健康上注意すること Special care in school life

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。

Circle Y(yes) and describe details if any special care is required in school life, or N(No) if none of them apply.

例 Example	有・無 Y/N	<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 -Special care needed in PE class, swimming, field trip or daily life ・ 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) -Medical conditions under treatment (name, medical institution, medications, and current condition,9 etc.) ・ アレルギーの原因、症状、対応など -Triggers, symptoms, and treatment options of allergic reactions
1 年 1st grade	有・無 Y/N	
2 年 2nd grade	有・無 Y/N	
3 年 3rd grade	有・無 Y/N	

Student's Current Health Condition

Circle all that apply, otherwise cross out the grade box.

				1 年 1st grade	2 年 2nd grade	3 年 3rd grade	4 年 4th grade	5 年 5th grade	6 年 6th grade	
内科 Internal	結核 Tuberculosis	1	結核性の病気にかかったことがある Has this student ever had tuberculous diseases? When?	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)	
				年 (yyyy) 月頃 (mm)	年 (yyyy) 月頃 (mm)	年 (yyyy) 月頃 (mm)	年 (yyyy) 月頃 (mm)	年 (yyyy) 月頃 (mm)	年 (yyyy) 月頃 (mm)	
		2	結核の感染を受けたとして予防薬を飲んだ Has this student taken the prevention medicine considered to be infected by tuberculosis? When?	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)	
				年 (yyyy) 月頃 (mm)	年 (yyyy) 月頃 (mm)	年 (yyyy) 月頃 (mm)	年 (yyyy) 月頃 (mm)	年 (yyyy) 月頃 (mm)	年 (yyyy) 月頃 (mm)	
		3	結核の治療を受けた人と接したことがある Has this student come in contact with anyone under treatment for tuberculosis? When?	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)	
				年 (yyyy) 月頃 (mm)	年 (yyyy) 月頃 (mm)	年 (yyyy) 月頃 (mm)	年 (yyyy) 月頃 (mm)	年 (yyyy) 月頃 (mm)	年 (yyyy) 月頃 (mm)	
	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 Has this student been abroad for more than six months in total within the past three years?	「はい」 の場合 If yes,	外国にいた時期 When?	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)
					年 (yyyy) 月頃 (mm)	年 (yyyy) 月頃 (mm)	年 (yyyy) 月頃 (mm)	年 (yyyy) 月頃 (mm)	年 (yyyy) 月頃 (mm)	年 (yyyy) 月頃 (mm)
				どこの国 Which country?	国名 : Country:	国名 : Country:	国名 : Country:	国名 : Country:	国名 : Country:	国名 : Country:
5	現在、2 週間以上「咳や痰」が続いている Has coughing or phlegm lasted for more than two weeks?	「はい」 の場合 If yes,	医療機関の 受診の有無 Has this student seen a doctor?	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)	いいえ (No) ・ はい (Yes)	
				有 (Yes) ・ 無 (No)	有 (Yes) ・ 無 (No)	有 (Yes) ・ 無 (No)	有 (Yes) ・ 無 (No)	有 (Yes) ・ 無 (No)	有 (Yes) ・ 無 (No)	
			ぜんそく・ぜん 息性気管 支炎といわ れた Has this student been diagnosed with asthma or asthmatic bronchitis?	有 (Yes) ・ 無 (No)	有 (Yes) ・ 無 (No)	有 (Yes) ・ 無 (No)	有 (Yes) ・ 無 (No)	有 (Yes) ・ 無 (No)	有 (Yes) ・ 無 (No)	

				1年 1st grade	2年 2nd grade	3年 3rd grade	4年 4th grade	5年 5th grade	6年 6th grade
内科 Internal	一般 General	1	熱を出しやすい Easily have fever						
		2	頭痛をおこしやすい Easily get headache						
		3	下痢や腹痛をおこしやすい Easily have diarrhea or stomachache						
		4	1年以内に喘息の発作がおきたことがある Had asthma attack within the past year						
		5	少しの運動でも、すぐ苦しがる Difficulty breathing with light exercise						
		6	体のふしぶしが痛んだり腫れたりする Have joints aching or swollen						
		7	1年以内にひきつけをおこしたことがある Had convulsion within the last one year						
		8	めまいがしたり、気持ちが悪くなったりする Feel dizzy or nauseous						
		9	顔やまぶたがむくむ Have face or eyelid swollen						
		10	その他 () Other ()						
眼科 Eye		1	めやにや涙がでやすい Easily get eye discharge or watery eye						
		2	眼が充血したり、かゆかったりする Bloodshot or itch in the eye						
		3	眼を近づけて見る、眼を細める Tend to take a closer look or squint the eyes						
		4	その他 () Other ()						
歯科 Dental		1	歯ぐきが腫れたり血が出ることもある The gum gets swollen or bleeding						
		2	歯並びが気になる Misaligned tooth						
		3	噛むときに、あごが痛んだり音がする Jaw hurts or makes sound when chewing						
		4	その他 () Others ()						
耳鼻科 ENT	耳 Ear	1	テレビの音を大きくしたり近くによって聞く Tend to turn up the TV volume or get closer to listen						
		2	耳がつまった感じや耳鳴りがする Feel congested or ringing in the ear						
		3	耳から水やうみがでることがある Water or discharge comes out from the ear						
	鼻 Nose	4	いつも黄色や緑色の濃い鼻水がでている Always yellowish or greenish nasal discharge						
		5	鼻が詰まったり、くしゃみがでる Stuffy nose or sneezy						
		6	鼻血がよくでる Nose tends to bleed						
	のど Throat	7	よくのどが痛くなって38℃以上の熱がでる Frequency of sore throat with high fever above 38℃						
		8	いびきをかく Snoring						
		9	口を開けていることが多い Tend to keep the mouth open						
		10	声がいつもかすれている Voice is always hoarse						
		11	その他 () Others ()						