

年 月 日  
ano mês dia

保護者 様  
Senhores Pais ou Responsáveis

学校 校長  
Nome da Escola Diretor

保健調査票の記入について (お願い)

## REFERENTE AO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO SOBRE SAÚDE (PEDIDO)

ご入学おめでとうございます。

Parabéns pelo ingresso nesta escola.

さて、新年度を迎え定期健康診断を実施いたします。

Começou o novo ano letivo e pretendemos fazer os exames periódico de saúde.

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。

Estes exames periódico de saúde serão considerados para manter a saúde em dia. Preencher os espaços deste questionário sobre saúde até o dia \_\_\_\_\_ (mês, dia e dia da semana) e favor entregar ao professor responsável.

### 記 Observações

- すべての健康診断の問診となるものです。秘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。  
São questionários sobre o checkup da saúde. Preencher adequadamente onde tiver esta marca 秘 (em sigilo).
  - 「予防接種」の欄は、特に、記入もれないように記入をお願いします。  
Preencher todos os espaços do 「予防接種 = Yobōsesshu = Vacinação」
  - 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。  
Se for prescrito no hospital a injeção de Adrenalina para alergia, *Epipen*, avisar-nos.
  - 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。  
Se tiver dúvidas no preenchimento, favor avisar o professor responsável ou a Enfermaria.
- ※ 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。  
Somente usaremos este questionário para os exames periódico de saúde a fim de manter a saúde .
- ※ 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。  
Há várias vacinas de acordo com o país e se tiver dúvidas no preenchimento, favor avisar o professor responsável ou a Enfermaria.

# 保健調査票

## Questionário sobre Saúde

保護者の方へ

Srs. Responsáveis

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。

Somente usaremos este questionário para o exame periódico de saúde a fim de manter a saúde em dia. Favor preencher corretamente. Se tiver algo para passar pessoalmente favor preenchimento, favor avisar o professor responsável ou a Enfermaria.

学校名 Nome da escola							
生徒/児童 氏名 Nome do estudante	男 Menino 女 menina			生年月日 data de nascimento	年 月 日 / / (ano mês dia)		
学年組 Série • classe	1-	2-	3-	4-	5-	6-	
男女別番号 No.de chamada							

氏名 Nome		男 ・ 女 menino menina
------------	--	------------------------

小学校用 para o uso da escola
------------------------------

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。  
 Doenças ou ferimentos que já teve até o momento \* Se teve, marque com ○ (círculo) e preencha as idades correspondentes.

1	心臓の病気 (病名 Doença cardíaca (nome: ) )	才 anos	7	難聴 Perda auditiva	才 anos
2	腎臓の病気 (病名 Doença renal (nome: ) )	才 anos	8	麻疹 (はしか) Sarampo	才 anos
3	喘息 Asma	才 anos	9	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) Caxumba	才 anos
4	川崎病 Doença de Kawasaki	才 anos	10	水痘 (みずぼうそう) Catapora	才 anos
5	ひきつけ・けいれん Convulsão	才 anos	11	風疹 (三日ばしか) Rubéola	才 anos
6	弱視 (0. 2以下で矯正不能) 右・左 Vista fraca (direita . esquerda)	才 anos	12	その他 ( ) Outros ( )	才 anos

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。  
 Vacinação \*Veja a "Caderneta de Saúde da Mãe e do Filho" e circule com ○ as vacinas tomadas.

ヒブ Influenza tipo B (Hib)		ポリオ (生・不活化) Pólio (oral / inativada)		水痘 Catapora	
1回目 1a. vez	年 月 日 ano mês dia	1回目 1a. vez	年 月 日 ano mês dia	1回目 1a. vez	年 月 日 ano mês dia
2回目 2a. vez	年 月 日 ano mês dia	2回目 2a. vez	年 月 日 ano mês dia	2回目 2a. vez	年 月 日 ano mês dia
3回目 3a. vez	年 月 日 ano mês dia	3回目 3a. vez	年 月 日 ano mês dia	日本脳炎 Encefalite Japonêsa	
4回目 4a. vez	年 月 日 ano mês dia	追加 Adicional	年 月 日 ano mês dia	1回目 1a. vez	年 月 日 ano mês dia
小児用肺炎球菌 Vacina pneumocócica infantil (pneumonia)		①生ワクチン2回で終了 2 vezes a vacina oral é considerada como tomada ②不活化ワクチン4回で終了 4 vezes a vac. inativada é considerada como tomada ※不活化ポリオは四種混合に含まれています。 *Na vacina quádrupla está incluída a vacina da Pólio inativada		2回目 2a. vez	年 月 日 ano mês dia
1回目 1a. vez	年 月 日 ano mês dia			追加 Adicional	年 月 日 ano mês dia
2回目 2a. vez	年 月 日 ano mês dia			その他で接種した予防接種 (インフルエンザを除きます) Outras vacinas tomadas exceto de Influenza	
3回目 3a. vez	年 月 日 ano mês dia				
4回目 4a. vez	年 月 日 ano mês dia	BCG		おたふくかぜ Caxumba	① 年 月 日 ano mês dia
(三種・四種) 混合 Vacina triplíce . quádrupla		年 月 日 ano mês dia			② 年 月 日 ano mês dia
1回目 1a. vez	年 月 日 ano mês dia	麻しん風しん混合 Sarampo e Rubéola (associada)		B型肝炎 Hepatite B	① 年 月 日 ano mês dia
2回目 2a. vez	年 月 日 ano mês dia	1期 1a. fase	年 月 日 ano mês dia		② 年 月 日 ano mês dia
3回目 3a. vez	年 月 日 ano mês dia	2期 2a. fase	年 月 日 ano mês dia		③ 年 月 日 ano mês dia
追加 Adicional	年 月 日 ano mês dia			その他 Outras vacinas	

- ※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  
Se tomou a quádrupla ao invés da tríplíce, preencher com a mesma data da tríplíce e a vacina da Pólio (vac. inativada)
- ※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  
Tem dois tipos de vacinas da Pólio: oral e inativada  
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  
São consideradas como vacinas tomadas : 2 orais ou uma oral e 3 inativadas ou 4 inativadas
- ※3 単抗原の予防接種を受けた場合は記入  
Preencher se tomou vacina simples

3. アレルギー疾患について

Alergia

※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。

Marcar com ○(círculo) se tiver alergia. Se está em tratamento durante 1 ano, marcar com ◎. Se não tiver, marcar com (v).

	1年 1º ano	2年 2º ano	3年 3º ano	4年 4º ano	5年 5º ano	6年 6º ano
食物アレルギーがある。 Tem alergia alimentar						
アレルギー性鼻炎の診断を受けている。 Tem rinite alérgica						
アレルギー性結膜炎の診断を受けている。 Tem conjuntivite alérgica						
アトピー性皮膚炎の診断を受けている。 Tem dermatite atópica						
ぜんそくの診断を受けている。 Tem asma						
その他( ) Outros						

4. 学校生活において健康上注意すること

O que avisar à escola .

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。

No espaço da série escolar, marcar com ○ no sim ou não. Se a resposta for sim, escrever detalhes.

例 exemplo	有・無 sim / não	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 体育、水泳、校外学習や日常生活などで注意すること</li> <li>- Tomar cuidado durante as aulas de Educação Física, natação, excursão ou no dia a dia</li> <li>・ 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)</li> <li>- Atualmente está tendo consultas médicas (escrever diagnóstico, nome do hospital, toma ou não remédios, evolução)</li> <li>・ アレルギーの原因、症状、対応など</li> <li>- Causa da alergia, seus sintomas e os cuidados</li> </ul>			
1年 1º ano	有・無 sim / não		4年 4º ano	有・無 sim / não	
2年 2º ano	有・無 sim / não		5年 5º ano	有・無 sim / não	
3年 3º ano	有・無 sim / não		6年 6º ano	有・無 sim / não	

氏名 Nome		男 ・ 女 menino menina
------------	--	------------------------

中学校用 para o uso da escola
------------------------------

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。  
**Doenças ou acidentes que já teve até o momento** \*Marque com ○ (círculo) e preencha os itens na idade correspondentente

1	心臓の病気 (病名 Doença cardíaca (nome: ) )	才 anos	7	難聴 Perda auditiva	才 anos
2	腎臓の病気 (病名 Doença renal (nome: ) )	才 anos	8	麻疹 (はしか) Sarampo	才 anos
3	喘息 Asma	才 anos	9	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) Caxumba	才 anos
4	川崎病 Doença de Kawasaki	才 anos	10	水痘 (みずぼうそう) Catapora	才 anos
5	ひきつけ・けいれん Convulsão	才 anos	11	風疹 (三日ばしか) Rubéola	才 anos
6	弱視 (0. 2以下で矯正不能) 右・左 Vista fraca (direita . esquerda)	才 anos	12	その他 ( ) Outros ( )	才 anos

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。  
**Vacinação** \*Veja a "Caderneta de Saúde da Mãe e do Filho" e circule com ○ as vacinas tomadas.

種 類 Tipo		接 種 状 況 Vacinação				未実施 Não tomou	不明 Não sei
1	BCG	年 月 日 ano mês dia					
2	三種混合 Tríplice (ジフテリア・百日せき・破傷風) Difteria, Coqueluche, Tétano	1 期初回 Primeira fase		1 期追加 Primeira fase adicional			
		年 月 日 ano mês dia	年 月 日 ano mês dia	年 月 日 ano mês dia	年 月 日 ano mês dia		
3	ポリオ (経口生) Pólio (oral)	1 回目 1a. vez	年 月 日 ano mês dia	2 回目 2a. vez	年 月 日 ano mês dia		
4	麻しん風しん混合 (MR) Sarampo, Rubéola (MR)	1 期 1a. fase					
	年 月 日 ano mês dia	年 月 日 ano mês dia	年 月 日 ano mês dia	年 月 日 ano mês dia			
5	日本脳炎 Encefalite Japonesa	1 期初回 1a. fase inicial		1 期追加 1a. fase adicional	2 期 2a. fase		
		年 月 日 ano mês dia	年 月 日 ano mês dia	年 月 日 ano mês dia	年 月 日 ano mês dia		
6	二種混合 (ジフテリア・破傷風) Dupla (Difteria, Tétano)	年 月 日 ano mês dia					
7	その他 (ワクチン名) Outras vacinas	年 月 日 ( ) ・ 年 月 日 ( ) ano mês dia ( ) ・ ano mês dia ( )					
		年 月 日 ( ) ・ 年 月 日 ( ) ano mês dia ( ) ・ ano mês dia ( )					
		年 月 日 ( ) ・ 年 月 日 ( ) ano mês dia ( ) ・ ano mês dia ( )					

※その他は水痘・おたふく などを記入してください。  
 Catapora e Caxumba , preencher em "Outras vacinas"

3. アレルギー疾患について

Alergia

※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。

Marcar com ○ (círculo) se tiver alergia. Se está em tratamento durante 1 ano, marcar com ◎ Se não tiver, marcar com (v).

	1年 1º ano	2年 2º ano	3年 3º ano
食物アレルギーがある。 Tem alergia alimentar			
アレルギー性鼻炎の診断を受けている。 Tem rinite alérgica			
アレルギー性結膜炎の診断を受けている。 Tem conjuntivite alérgica			
アトピー性皮膚炎の診断を受けている。 Tem dermatite atópica			
ぜんそくの診断を受けている。 Tem asma			
その他( ) Outros ( )			

4. 学校生活において健康上注意すること

O que avisar à escola .

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。

No espaço da série escolar, marcar com ○ no sim ou não. Se a resposta for sim, escrever detalhes.

例 exemplo	有・無 sim / não	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 体育、水泳、校外学習や日常生活などで注意すること</li> <li>- Tomar cuidado durante as aulas de Educação Física, natação, excursão ou no dia a dia</li> <li>・ 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)</li> <li>- Atualmente está tendo consultas médicas (escrever diagnóstico, nome do hospital, toma ou não remédios, evolução)</li> <li>・ アレルギーの原因、症状、対応など</li> <li>- Causa da alergia, seus sintomas e os cuidados</li> </ul>
1年 1º ano	有・無 sim / não	
2年 2º ano	有・無 sim / não	
3年 3º ano	有・無 sim / não	



			1年 1º ano	2年 2º ano	3年 3º ano	4年 4º ano	5年 5º ano	6年 6º ano
内科 Clínica	一般 Geral	1	熱を出しやすい Tem facilidade de ter febre					
		2	頭痛をおこしやすい Tem facilidade de ter dor de cabeça					
		3	下痢や腹痛をおこしやすい Tem facilidade de ter diarreia ou dor de barriga					
		4	1年以内に喘息の発作がおきたことがある Teve crise de asma neste último ano					
		5	少しの運動でも、すぐ苦しがる Fica cansado logo quando faz um pouco de exercício					
		6	体のふしぶしが痛んだり腫れたりする O peito dói ou fica inchado					
		7	1年以内にひきつけをおこしたことがある Teve convulsões neste último ano					
		8	めまいがしたり、気持ちが悪くなったりする Tem tontura ou sente-se mal					
		9	顔やまぶたがむくむ O rosto ou as pálpebras doem					
		10	その他 Outros ( )					
眼科 Oftalmologia	1	めやにや涙がでやすい Sai secreção dos olhos ou tem facilidade de lacrimejar						
	2	眼が充血したり、かゆかったりする Os olhos ficam vermelhos ou tem coceira						
	3	眼を近づけて見る、眼を細める Força a vista quando vê algo perto						
	4	その他 Outros ( )						
歯科 odontologia	1	歯ぐきが腫れたり血が出ることもある As gengivas ficam inchadas e sangra						
	2	歯並びが気になる Estou preocupada com o alinhamento dos dentes						
	3	噛むときに、あごが痛んだり音がする Sinto dor e barulho no queixo quando como						
	4	その他 Outros ( )						
耳鼻科 ouvido e nariz	耳 ouvidos	1	テレビの音を大きくしたり近くによって聞く Vejo a tv de perto e escuto no som alto					
		2	耳がつまった感じや耳鳴りがする Sinto os ouvidos entupidos e zumbido					
		3	耳から水やうみがでることがある Sai secreção ou pus dos ouvidos					
	鼻 Nariz	4	いつも黄色や緑色の濃い鼻水がでている Sai sempre secreções nas cores amarela e verde					
		5	鼻が詰まったり、くしゃみがでる O nariz fica entupido e tenho espirros					
		6	鼻血がよくでる Muitas vezes sangra pelo nariz					
	喉 Garganta	7	よくのどが痛くなって38°C以上の熱がでる Muitas vezes tem dor de garganta com febre acima de 38°C					
		8	いびきをかく Ronca					
		9	口を開けていることが多い Geralmente fica com boca aberta					
		10	声がいつもかすれている Sempre tem voz rouca					
		11	その他 Outros ( )					