



## 保健調査票

## MY MEDICAL RECORD

入学 編入 年度： 20 年度	学年 Grade	P小1年 20 年度	P小2年 20 年度	P小3年 20 年度	P小4年 20 年度	P小5年 20 年度	P小6年 20 年度	S中1年 20 年度	S中2年 20 年度	S中3年 20 年度
	クラス Class	組	組	組	組	組	組	組	組	組
ふりがな 名前： Student Name： _____ First name (名前) _____ Family name (名字)								性別 Gender 男 Male ・ 女 Female		
生年月日 Date of Birth： _____ Day(日) _____ Month(月) 20 _____ Year(年)								血液型 Blood Type： A ・ B ・ O ・ AB Rh ( + - )		
								平熱 Normal Temperature： _____ °C		

## 1 緊急連絡先、自宅、かかりつけ病院など

\*かかりつけ病院が特にない場合は空欄可。

緊急 連絡先 Emergency Contact	氏名 Name		続柄	電話番号 Contact number
	1			
	2			
自宅 Address	コンドミニウム： Condominium Address：			地区名： District
かかりつけ病院 Home doctor	病院名： Hospital		医師名： Doctor's name	
医療保険 Insurance	なし ・ あり (保険会社名： No ・ Yes Company name: _____)			

## 2 アレルギー疾患について

\*当てはまるものに○を記入。Place "O", if any of the conditions are present.

項目 About allergies	発症年齢 Age of onset	現在の症状		
		治療中 Under Treatment	経過観察中 Follow up	治癒 (age) Treated( 歳)
食物アレルギー Food Allergies	歳			( 歳)
薬物アレルギー Drug Allergies	歳			( 歳)
その他アレルギー Other Allergies	歳			( 歳)
喘息 Asthma	歳			( 歳)
アトピー性皮膚炎 Atopic Dermatitis	歳			( 歳)
アレルギー性鼻炎 Allergic Rhinitis	歳			( 歳)
アレルギー性結膜炎 Allergic Conjunctivitis	歳			( 歳)

\*原因物質 (アレルゲン) がわかればご記入ください。Please write about the allergen if any

\*アナフィラキシーショック Anaphylactic Shock： あり ・ なし (Yes / No)

\*エピペンの所有 Epinephrine autoinjector： あり ・ なし (Yes / No)

\*その他、対応薬の有無 Other Medicines： あり ・ なし (Yes / No)

### 3 今までにかかった病気 Medical History (Age) 氏名 Name :

心臓病 Heart problem ( 歳)	てんかん Epilepsy ( 歳)	はしか Measles ( 歳)
川崎病 ( 歳) Kawasaki disease	熱性けいれん Febrile convulsions ( 歳)	水ぼうそう ( 歳) Chicken pox
側わん症 Scoliosis ( 歳)	結核 Tuberculosis ( 歳)	流行性耳下腺炎(おたふく) Mumps ( 歳)
腎臓病 Kidney problems ( 歳)	その他 Others ( 歳)	風疹(3日ばしか) ( 歳) Rubella (German measles)
糖尿病 Diabetes ( 歳)		デング熱 Dengue Fever ( 歳)
今までに手術した病名 Operated Disease ( 歳)		
けが Injury ( ) 病気 Illness ( )		

### 4 予防接種の記録 Immunization History \*母子手帳などを参考に御記入ください。

予防接種の種類 Type	回数 times	予防接種の種類 Type	回数 times
日本脳炎 Japanese encephalitis		肺炎球菌 Streptococcus pneumoniae	
3種混合(ジフテリア、百日せき、破傷風) Triple antigen		インフルエンザ (Hib)	
4種混合(ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ) Quadruple antigen		新型コロナウイルス感染症 Covid19	
結核 BCG		狂犬病 Rabies vaccine	
麻疹 Measles/風疹 Rubella (MR)		破傷風 Tetanus	
水痘 Chicken pox		医者から予防接種を止められている。Advised by doctors against vaccination.	該当者は○
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) Mumps			

### 5 現在の健康状態 Current Health Condition

Grade(学年：小学部 P、中学部 S)

		*当てはまるものに○を記入。 Place "○", if any of the conditions are present.								
		P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	S 1	S 2	S 3
内科 Internal Medicine	熱をだしやすい。 Develops a fever easily.									
	頭痛が起こりやすい。 Frequent headaches.									
	下痢・腹痛になりやすい。 Dyspepsia & stomachache and diarrhea easily.									
	便秘しやすい Constipates easily.									
	吐きやすい Vomits easily.									
	気を失って倒れたことがある。脳貧血を起こしやすい Faints easily.									
	急に立つとめまいがすることがある。 Dizziness easily									
	湿疹、じんましんが出やすい。 Nettle rash easily									
乗り物に酔いやすい Prone to car sickness.										
耳鼻科 ENT	聞こえが悪い。 Has poor hearing.									
	中耳炎になった。 Has had otitis media before.									
	鼻血をだしやすい Bleeds from the nose easily.									
	かぜをひいていないのに、鼻水や鼻がつまりやすい。 nasal congestion and severe running nose easily.									
のどが腫れやすい。 Throat is swollen easily										
眼科 Eye	遠くを見るときに目を細める。 Squinted eyes to view from a distance									
	目やにが出たり、充血しやすい。 eye irritation & redness easily.									
	メガネ、コンタクトをしている。 Use glasses or lenses									
	色まちがえをすることがある。 Wrong colour									
歯科 Dent	歯が痛んだり、しみたりする。 Has a sensitive tooth or toothache									
	歯ぐきから出血する。 Bleed from gum									
	あごの関節が痛んだり、音がしたりする。 Pain or sound in jaw joint									
	矯正をしている。 Has been Orthodontics									

毎日飲む薬がありますか。 Any medicine to take daily?

いいえ・はい (No/Yes) (薬名 Name of medicine : )

### 6 家庭からの連絡 Any other medical concerns which require the attention of the medical practitioner

記入日 Date :	連絡 Remarks :
------------	--------------

