



保健調査票

Health Record (英語)

平成 Heisei	年度 Year	学年 Grade	組 Class	番 Number	ふりがな	男・女 M・F
平成 Heisei	年度 Year	学年 Grade	組 Class	番 Number	名前 Name	
平成 Heisei	年度 Year	学年 Grade	組 Class	番 Number		
平成 Heisei	年度 Year	学年 Grade	組 Class	番 Number		

これまでの健康状態

Your child's past health condition

以下の項目について「なし・あり」のどちらかに○をつけ、「あり」の場合は「内容」欄を記入してください。

For the following questions, circle Yes or No, whichever applies. If the answer is Yes, please include more details.

追加や変更があった場合は、赤字で記入してください。Please make any corrections using red color ink.

項 目 Disease	内 容 Health Issue
心臓疾患 Cardiovascular disease [なし・あり]→ No・Yes	* 病 名 [] The name of a disease * 手 術 なし・あり → (年 月 歳) Operation No・Yes → (year , month , age) * 定期検診 なし・あり → (に 回 病院) Follow-up No・Yes → (Every month / years hospital) * 運動制限 Exercise Limitation なし・あり → [具体的に] No・Yes → (Please write down the details below.)
腎臓疾患 Kidney disease [なし・あり]→ No・Yes	* 病 名 [] The name of a disease * 手 術 なし・あり → (年 月 歳) Operation No・Yes → (year , month , age) * 定期検診 なし・あり → (に 回 病院) Follow-up No・Yes (Every month / years hospital) * 生活上の制限 なし・あり → [具体的に] Does your child have any restrictions in their daily life? No・Yes → (Please write down the details below.)
ぜんそく Asthma [なし・あり]→ No・Yes	* 発作時の処置 → [飲む薬、吸入等] About care → When your child had an attack of Asthma, did he / she take any medicine? Did he / she inhale oxygen? , Other * いつも飲んでいる薬 なし・あり → (薬品名) Medicine / Prescription name * 生活上の制限 なし・あり → [具体的に] Does your child have any restrictions in their daily life? No・Yes → (Please write down the details below.)
アレルギー体質 Allergy [なし・あり]→ No・Yes	* 原因 Cause of an allergy symptoms ・食 品 () → 症状 () Foods () Symptoms () ・その他 () → 症状 () Other () Symptoms () * 医師の診断 なし・あり Doctor's findings No・Yes * 定期検診 なし・あり → (に 回 病院) Follow-up No・Yes → (Every month / years hospital) * いつ頃・回数・症状 [] When, how many times and symptoms * 原因 → () Cause of an anaphylaxis * 緊急時に備えた処方薬 内服薬 なし・あり → () Prescribed medication on emergency Oral medications No・Yes () エピペン なし・あり → () Epipen No・Yes () その他 なし・あり → () Other No・Yes ()
アトピー性皮膚炎 Atopic dermatitis [なし・あり]→ No・Yes	* 治療状況 How is the treatment? (通院中 ・ 家庭で経過観察 ・ 受診なし) (Having treatment at present ・ Under observation at home ・ No check-up done)
けいれん性疾患 (ひきつけ) Spasticity disease (Febrile convulsion) [なし・あり]→ No・Yes	* いつ頃・回数・症状 [] When, how many times and symptoms * いつも飲んでいる薬 なし・あり → (薬品名) Medicine, prescription No・Yes → Medicine, prescription name * 定期検診 なし・あり → (に 回 病院) Follow-up No・Yes → (Every month / years hospital) 脳波の検査 なし・あり → (年 月 歳) Have you had brain wave examination before? (No・Yes) If yes, when? Month Year () 結 果 異常 … なし・あり → () Result Normal / Abnormal * 生活上の制限 なし・あり → [具体的に] Does your child have any restrictions in their daily life? No・Yes → (Please write down the details below.)
今までにかかった 主な感染症 Infection [なし・あり]→ No・Yes	* 麻疹(はしか) () 歳 Measles () Yrs. Old * 流行性耳下腺炎(おたふく) () 歳 Mumps () Yrs. Old * 水痘(みずぼうそう) () 歳 Chickenpox () Yrs. Old * 風疹(三日ばしか) () 歳 Rubella () Yrs. Old
* 麻疹(はしか)の予防接種を受けていますか。 Has your child had a vaccination against measles?	いいえ・はい () 歳 No・Yes () Yrs. Old

現在の健康状態 Current Health Issues

該当するところに○をつけてください。Encircle those applicable to your child`s condition from the list below.

項 目 Symptoms		年生 Grade	年生 Grade	年生 Grade
1	ときどき扁桃腺がはれて熱がでる。 Sometimes tonsillitis then fever.			
2	ぜんそくの発作が1年以内にあった。 Asthma attack in the last year?			
3	頭痛をおこしやすい。 Often has a headache.			
4	ひきつけやけいれんを1年以内におこした。 Febrile convulsion or spasm in the past year.			
5	腹痛・下痢をおこしやすい。 Often has tummy ache (abdominal pain) or diarrhea.			
6	めまいや立ちくらみをおこすことがある。 Dizziness or orthostatic syncope.			
7	息ぎれや、どうきをおこしやすい。 Often has shortness of breath or palpitation.			
★ 上記の項目で、該当するところはありません。 None of the above.				

運動器の健康状態 Present condition of the child`s Musculoskeletal System

裏面の運動器の健康状態(検査の方法)を参考にして該当するところに○をつけてください。
Use the figures from the other page of this questionnaire and encircle those applicable to your child`s condition.

項 目 Symptoms		年生 Grade	年生 Grade	年生 Grade
1 背骨 Spine	〈後ろ向きで起立〉Make the child stand facing backwards. ① 両肩の高さに差がある。 There is a difference on the height of both shoulders.			
	② 左右の脇線の曲がり方に差がある。 There is a difference in the height of the right and left armpit.			
	③ 両肩甲骨の高さ・位置に差がある。 There is a difference on the height of both shoulder blades.			
	〈手のひらを合わせて前屈〉Bend and join both palms. ④ 前屈した左右の背面の高さに差がある。 There is a difference in the height of the right and left shoulders blades.			
2 腰 Lower Back	腰を曲げたり、反らしたりすると、痛みがある。 There is a pain if the waist is bended or stretched.			
3 上肢 Arms	手の平を上に向けて腕を曲げたり伸びをした時や、バンザイをした時に、肩や肘に痛みや動きの悪いところがある。 Palms facing upwards, there is a pain in the shoulders and elbow when bended, stretched or in a banzai position.			
4 下肢 Legs	しゃがむと膝に痛みや動きの悪いところがある。 There is a pain in the knees or restriction in movements when doing squats.			
5 下肢 Legs	片脚立ちができない。(約5秒) Can not stand on one leg.			
★ 上記の項目で、該当するところはありません。 Nothing from the list is applicable to my child`s condition.				
すでに受診、経過観察中の場合は記入してください。 If the child is presently having checked or treated, please write it on this space.				

*** 定期的に治療や検査をしている病気、健康診断で学校医の先生に相談したいこと、健康面で学校に知らせたいことがあればご記入ください。**

If you want to inform the school of any sickness that requires regular check-up, to consult a school doctor during health check-up or any health matters please write it on the space below.

年生 Grade	
年生 Grade	
年生 Grade	

◎ 記載内容は個人情報として管理し、健康診断及び健康管理をしていく上での目的以外には利用しません。

Your answers are for our records only.

The health record is used for the check-up and health care of your children at School only.

運動器の健康状態

Present condition of Musculoskeletal System of the child.

(検査の方法)

(How to do Examination)

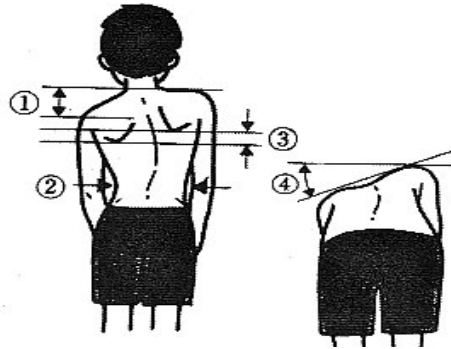
[後ろ向きで起立]

Have your child stand straight.
Look at your child from behind.

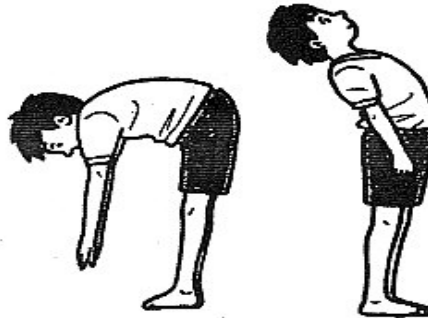
[手のひらを合わせて前屈]

Have your child put palms of
hands together and bend
over forward.

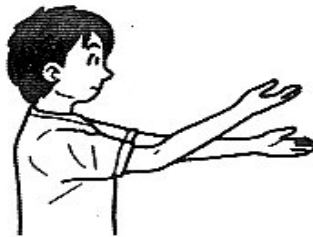
1 背骨
Spine



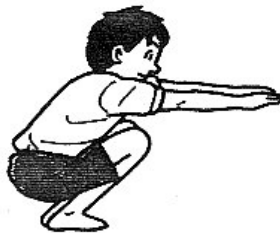
2 腰
Lower Back



3 上肢
Arms



4 下肢
Legs



5 下肢
Legs

