

学校健診精密検査 健康調査票 (スペイン語)
 Examen médico escolar minucioso Ficha individual de salud
 年 月 日記入 Entrada

氏名 Nombre	生年月日 Fecha de nacimiento 年 月 日 (歳) año mes día (edad)	保護者名 Nombre del responsable
-----------	--	-----------------------------

住所 Dirección
 TEL () -

学校名 Nombre de la escuela 小学校 ・ 中学校 Escuela primaria ・ Escuela secundaria	年 組 grado grupo	身長 Altura cm 体重 Peso Kg
--	--------------------	----------------------------

出生地はどこですか。Lugar de nacimiento
 日本 (都道府県) ・ 日本以外 (国)
 Japón (prefectura) ・ Fuera de Japón (país)
 既往歴 ぜん息にかかったことがありますか。Alguna vez sufrió de asma?
 ない No ・ ある Si
 その他入院したことや長期間薬を飲むような病気をしたことがありますか。
 Además de eso, tuvo alguna enfermedad que tuvo que tomar remedios ó estuvo internado por un largo período en el hospital?
 ない No ・ ある Si (いつ頃 病名)
 (cuando enfermedad:)
 BCG 接種を受けたことがありますか Ya tomó la vacuna BCG ?
 ない No ・ ある Si
 あると答えた人は、下の表に BCG を実施した日と国を書いてください。
 Si respondió si, por favor escribir la fecha y el país donde fue aplicada la vacuna BCG.

	実施年月日 Fecha de inyección	BCG 実施した国 País donde fue aplicada la vacuna BCG
1	年 月 日	国 país
2	年 月 日	国 país
3	年 月 日	国 país

Año mes día

現在自覚症状がありますか Ahora tiene algun sintoma de enfermedad?
 ない No ・ ある Si あると答えた人は、下の表を記入してください。
 Si respondió si, por favor llenar a abajo

症状の種類 tipo de sintoma	いつ頃から Desde cuando	どんな様子ですか Como se siente	治療を受けていますか Está haciendo algun tipo de tratamiento?
咳 Tiene tos?			はい si ・ いいえ no
痰 Flema			はい si ・ いいえ no
熱 Fiebre			はい si ・ いいえ no
体重減少 Pérdida de peso			はい si ・ いいえ no
その他 Otros			はい si ・ いいえ no

【記入例】 Cual?

症状の種類	いつ頃から	どんな様子ですか	治療を受けていますか
咳 (せき) Tos	5/30 ごろから	夜咳き込んでいる Tose mucho en la noite?	はい si (circled) いいえ no