

## 日本スポーツ振興センターへの加入について（英語）

About Japan Sport Council

【保護者に説明・配布】

岩倉市教育委員会 Iwakura board of Education

岩倉市教育委員会では岩倉市立小・中学校に在学する児童生徒等の不慮の災害に備えて、独立行政法人日本スポーツ振興センターと災害共済給付契約を結んでいます。

Preparing for unforeseen disasters of elementary and junior high school students, the Board of Education Iwakura has signed the Injury and Accident Mutual Aid Benefit System by Japan Sport Council.

独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付は、学校の管理下において児童生徒等が災害に遭った場合、その治療費や見舞金の給付を保護者の皆様に対して行う制度で、加入に際しては、あらかじめ保護者の皆様の同意の下に、児童生徒等の名簿を提出することになっています。

加入は任意となっていますが、当教育委員会は、漏れなく加入に同意されることを希望します。

The Injury and Accident Mutual Aid Benefit System by Japan Sport Council is the system which provides medical expenses in case of injury that occur to students while under the supervision of schools. We are to submit the student roster to the council under the consent of the guardians when joining. Enrollment is optional, however, we hope every guardian will agree.

加入に同意くださる方は、下記の同意書にご記入の上、学校長に提出してください。

If you agree to enter, fill out the following form and submit it to the school principal.

### 記

#### 1 給付の種類と給付される場合 About types and cases of benefit

学校の管理下で発生した事故による負傷、給食による中毒その他の疾病（ガス中毒、溺水、日射病、漆等による皮膚炎など法令で定めのあるもの）の医療費、これらの負傷又は疾病が治った後に障害が残ったときの障害見舞金及び負傷又は疾病に直接起因する死亡に対する死亡見舞金が給付されます。

Medical expenses are provided for injuries and accidents that occur to school children while under school supervision. Disability compensation and death compensation are also provided.

なお、学校の管理下とは、次の場合をいいます。

Under school supervision includes:

- ① 授業中（特別活動中を含む。）  
During class hours (including special activities )
- ② 学校の教育計画に基づく課外指導中  
During extracurricular instruction hours
- ③ 休憩時間中及び学校の定めた特定時間中  
During breaks(including before class and after class)
- ④ 通常の経路及び方法による通学中（登下校中）  
On the way to and from school

#### 2 給付金額 [災害共済給付の給付基準は、センター法施行令第3条によります。]

##### Benefit amount

##### ① 医療費 Medial expenses

健康保険の療養に要する費用の 4/10（そのうち 1/10 の分は、療養に伴って要する費用として加算）が支給されます。岩倉市では、全小中学生の医療費について子ども医療費助成制度を実施しております。そのため、子ども医療費助成制度、母子・父子家庭医療費助成制度、障害者医療費助成制度等（以下「医療費助成制度」という）を利用し、窓口での自己負担が無い場合、実際に各保護者へ支給されるのは、療養費に要する費用の 1/10 のみとなります。医療費助成制度利用分（3/10）は、岩倉市で公費負担していますので、岩倉市へ返納します。

This plan pays for 4/10 of the total cost of medical treatment eligible for coverage by health insurance. (1 of those 4 tenths is calculated as being for costs that accompany medical treatment.) The City of Iwakura has a program called the Children's Medical Fees Subsidy (Kodomo Iryouhi

*Josei Seido*) that covers medical fees for elementary school students and junior high school students. If you use the Children's Medical Fees Subsidy system, the Single Parent Household Medical Fees Subsidy system (*Boshi Fushi Iryouhi Josei Seido*), the Disabled Persons Medical Fees Subsidy system (*Shougaisha Iryouhi Josei Seido*), etc. (hereafter Medical Fees Subsidy system), and do not have to make a copayment at the hospital/clinic office, the actual benefit paid to the parent/guardian by this insurance plan is only 1/10 of the total cost of medical treatment.

② 障害見舞金 Disability compensation

障害の程度に応じて、3,370 万円（1 級）から 82 万円（14 級）が給付されます。  
Range from ¥37,7million(Grade1) to ¥820,000(Grade 14), depending on the level of disabilities

（通学中の場合は、1,885 万円から 41 万円）

（on the way to and from school: ¥18,85million to ¥410,000）

③ 死亡見舞金 Death compensation

2,800 万円が給付されます。

¥28 million

（運動などの行為と関連しない突然死及び通学中の場合は、1,400 万円）

Half in the case of occurred while in an activity or other act under school supervision unrelated to physical exercise and disasters while going to school

3 給付基準 Benefit Criteria

① 同一の災害の負傷又は疾病についての医療費の支給は、初診から最長 10 年間行われます。

Medical expenses of injury or disease of the same disaster will be paid for up to 10 years from the first medical examination.

② 災害共済給付を受ける権利は、その給付事由が生じた日から 2 年間行わないときは、時効によって消滅します。

The right to receive disaster benefits will disappear by prescription if you do not apply for a period of two years from the date when the events occurred.

③ 損害賠償を受けたときや他の法令の規定による給付等を受けたときは、その受けた価額の限度において、給付を行わない場合があります。

When the students received damages or benefits of others, the benefit may not be paid, depending on the amount of the benefit you received.

④ 生活保護法による保護を受けている世帯に属する児童生徒に係る災害については、医療費の給付は行われません。

Medical expenses are not paid for a student of households on welfare.

4 共済掛金（年額） Annual mutual aid premium

岩倉市教育委員会が共済掛金を全額負担します。

Iwakura Board of Education pay the annual mutual aid premium.

## フッ化物洗口ってなに？ What is the fluoride mouth rinse?

岩倉市では、岩倉市健康づくり計画「けんこう岩倉21」に基づき、小学校1・2・3年生の児童を対象に希望制でフッ化物洗口を実施します。

In Iwakura, based on "Health Iwakura 21", the fluoride mouth rinse is performed for 1,2,3 grade students who want in elementary school.

### 目的は？ Purpose

むし歯は下の図のような条件がそろった時にできます。

When the conditions are met as shown in the figure below, we get a cavity in a tooth.

4つの要因のうち1つでも条件がそろわなければむし歯にならないわけです。

We do not get a cavity if such conditiona are not met.

糖分の多いものを食べても時間という要因に気をつけ、短時間のうちに糖分を取り去ってしまえばむし歯にはなりません。

After eating something sweet, you should remove the sugar from your teeth immediately, so that we can avoid tooth decay.

ただ、むし歯の予防にあたっては、一つの要因だけでなく、4つの要因について対処した方がよいことは間違いありません。

In order to prevent tooth decay, we should avoid all four factors.

4つの要因のひとつ、「歯質」を強くする目的でフッ化物洗口を行います。

We do the fluoride mouth rinse in order to strengthen the tooth substance, which is one of the four factors.

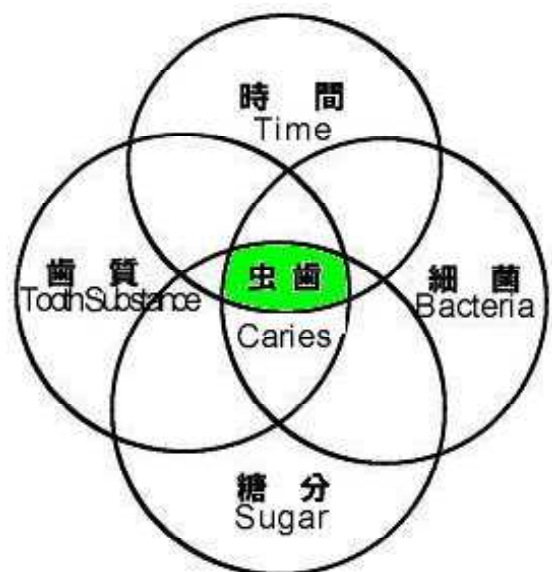
しかし「フッ化物洗口をしているからむし歯にならない」ということではありません。

However, it does not mean that we do not get a cavity because we do the fluoride mouth wash.

あくまでもフッ化物洗口は、「ブラッシングを補うためのもの」と考えていただきたいです。

Please think it is expected to only assist the brushing.

- 1) 歯質を強くする  
Strengthen tooth substance
- 2) 病原菌を減らす  
Reduce the pathogen  
ブラッシング  
Brush teeth  
唾液分泌量の増加（よく噛む）  
Increase the amount of saliva secretion
- 3) 糖分を控える  
Refrain from the intake of sugar
- 4) 時間 Time  
間食を減らす。  
Reduce snacking  
食後早めに歯を磨く。  
Brush teeth immediately  
(就寝前は特に重要)  
Tooth brushing before bedtime is especially important.



## 方法は？ How?

450ppm, 5ccの洗口液を口にふくみ、1分間のぶくぶくうがいをします。  
(450 ppm, 5cc) put the rinse in the mouth and gargle for 1 minute.

## 安全性は？ Is it safe?

1回量を誤って飲んでしまっても大丈夫だといわれています。  
It is not harmful even if you swallow the amount for once accidentally.

☆急性症状・・・吐き気・嘔吐・腹痛など  
(洗口液をバケツ1杯以上飲まないといわれています。)

☆ Acute symptoms ... Nausea, vomiting and stomachache, etc.  
(Unless you drink more than a bucket of the rinse, the symptoms will not occur.)

☆慢性症状・・・「歯のフッ素症（斑状歯）」「骨のフッ素症」  
(高い濃度のフッ素をとり続けた場合。フッ化物洗口のよ  
うな低濃度では問題ないといわれています。)

☆ Chronic condition  
... Dental fluorosis, Bone fluorosis  
(Happens if you continue to take the high concentration of fluorine.)

---

岩倉市教育委員会  
Iwakura Board of Education  
岩倉市小中学校長会

Board of Elementary and Junior high school principal Iwakura  
【保護者に説明・配布】

## フッ化物洗口に対する希望のお尋ね（1，2，3年生用） Would you like your child to do fluoride mouth rinse?

保護者の皆様には、益々ご健勝のこととお喜び申し上げます。日頃は、本市の教育活動に格別のご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

Thank you for your understanding of our educational activities.

本年度も、昨年度に引き続き、希望者対してフッ化物洗口ができる機会を設けています。

This year we also have the opportunity of fluoride mouth rinse for students who are interested in it.

フッ化物洗口は、乳歯から永久歯に生えかわる時期に行うと、その後の虫歯予防に効果があると言われています。

Fluoride mouth rinse is effective in preventing tooth decay if it is done during the period milk teeth are changed to permanent teeth.

週に1回、ごく薄いフッ化ナトリウム水溶液を口に含んで口腔内をうがいするもので、安全性は確立されていますが、実施にあたっては、保護者の方々のお考えを尊重し、希望制をとることにしています。

The way is to gargle with an aqueous solution of sodium fluoride. Safety has been established, however, we will do it for the students who wish, respecting the ideas of guardians.

なお、フッ化物洗口の開始は5月中旬ごろを予定しています。

Fluorine mouth rinse is scheduled for around the beginning of May.

【養護教諭へ】

独立行政法人 日本スポーツ振興センターへの加入について（英語）  
About subscription to Independent administrative agency Japan Sport Council

同 意 書  
Letter of Consent

岩倉市教育委員会 殿  
Iwakura Board of Education

岩倉市立（ ）学 校  
Iwakurashiritsu（ ）gakkou

Grade Class Name  
年 組 児童氏名

貴教育委員会が独立行政法人日本スポーツ振興センターと締結する災害共済給付契約について、在学する間、上記児童生徒等が加入することに同意します。

I agree the above student's subscription while being at school to Injury and Accident Mutual aid Benefit system that the board of education and Japan Sport Council contracted.

year month date  
年 月 日

Name of Parent or Guardian  
保護者又は後見人氏名

印  
Seal

フッ化物洗口希望票  
Application form of Fluoride mouth rinse

お子さまは、これまでに保育園や幼稚園等でフッ化物洗口の経験がありますか。  
Has your child had a fluoride mouth rinse in a nurserie and a kindergarden?  
どちらかに○をお付けください。Please check the correct answer with ○.  
( ) ある Yes ( ) ない No

Fluoride mouth rinse

( ) 希望します I would like  
フッ化物洗口を  
( ) 希望しません I would NOT like

年 組 番 児 童 名  
Year Class No Name of Student

保護者名 印  
Name of Guardian Seal

学校健診精密検査 健康調査票（英語）  
Work-up of School Screenig

【養護教諭へ】

年 月 日 記入 Entry Date

氏名 Name	生年月日 Date of birth 年 月 日 ( 歳 ) year month date (age )	保護者名 Name of guardian																																												
住所 Home Address  TEL ( ) -																																														
学校名 Name of school 小学校 elementary school ・ 中学校 junior high school 年 grade 組 class	身長 Height cm 体重 Weight Kg																																													
<p>◎ 出生地はどこですか。 Birthplace 日本 ( 都道府県 ) ・ 日本以外 ( 国 ) Japan ( prefecture ) ・ outside of Japan ( country )</p> <p>◎ 既往歴 ぜん息にかかったことがありますか。 Have you ever suffered from asthma? ない No ・ ある Yes</p> <p>◎ 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。 Have you ever been hospitalized or taken a medicine for a long period? ない No ・ ある Yes (いつ頃 病名 ) (When name of disease )</p> <p>◎ BCG 接種をうけたことがありますか Have you ever had a vaccination against BCG? ない No ・ ある Yes</p> <p>※ 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。 If you answered Yes, please write the date and place you had a vaccination against BCG.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>実施年月日 Date of Vaccination</th> <th>BCG 実施した国 Country you had the a vaccination</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>年 月 日</td> <td>国 country</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>年 月 日</td> <td>国 country</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>年 月 日</td> <td>国 country</td> </tr> </tbody> </table> <p>year month date</p> <p>◎ 現在自覚症状がありますか。 Have subjective symptoms? ない No ・ ある Yes</p> <p>※ あると答えた人は、下の表を記入してください。 Please fill out the table if you answered "Yes" :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>症状の種類 Type of symptoms</th> <th>いつ頃から Since when?</th> <th>どんな様子ですか How is the condition?</th> <th>治療を受けていますか Being treated?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>咳 Cough</td> <td></td> <td></td> <td>はい Yes ・ いいえ No</td> </tr> <tr> <td>痰 Sputum</td> <td></td> <td></td> <td>はい Yes ・ いいえ No</td> </tr> <tr> <td>熱 Fever</td> <td></td> <td></td> <td>はい Yes ・ いいえ No</td> </tr> <tr> <td>体重減少 Weight loss</td> <td></td> <td></td> <td>はい Yes ・ いいえ No</td> </tr> <tr> <td>その他 Others</td> <td></td> <td></td> <td>はい Yes ・ いいえ No</td> </tr> </tbody> </table> <p>【記入例】 Qual?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>症状の種類</th> <th>いつ頃から</th> <th>どんな様子ですか</th> <th>治療を受けていますか</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>咳 (せき) Cough</td> <td>5/30 ごろから since May 30</td> <td>夜咳き込んでいる cough at night</td> <td>はい Yes ・ いいえ No</td> </tr> </tbody> </table>				実施年月日 Date of Vaccination	BCG 実施した国 Country you had the a vaccination	1	年 月 日	国 country	2	年 月 日	国 country	3	年 月 日	国 country	症状の種類 Type of symptoms	いつ頃から Since when?	どんな様子ですか How is the condition?	治療を受けていますか Being treated?	咳 Cough			はい Yes ・ いいえ No	痰 Sputum			はい Yes ・ いいえ No	熱 Fever			はい Yes ・ いいえ No	体重減少 Weight loss			はい Yes ・ いいえ No	その他 Others			はい Yes ・ いいえ No	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) Cough	5/30 ごろから since May 30	夜咳き込んでいる cough at night	はい Yes ・ いいえ No
	実施年月日 Date of Vaccination	BCG 実施した国 Country you had the a vaccination																																												
1	年 月 日	国 country																																												
2	年 月 日	国 country																																												
3	年 月 日	国 country																																												
症状の種類 Type of symptoms	いつ頃から Since when?	どんな様子ですか How is the condition?	治療を受けていますか Being treated?																																											
咳 Cough			はい Yes ・ いいえ No																																											
痰 Sputum			はい Yes ・ いいえ No																																											
熱 Fever			はい Yes ・ いいえ No																																											
体重減少 Weight loss			はい Yes ・ いいえ No																																											
その他 Others			はい Yes ・ いいえ No																																											
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) Cough	5/30 ごろから since May 30	夜咳き込んでいる cough at night	はい Yes ・ いいえ No																																											

【担任・養護教諭・日本語担当主任へ】

## 連絡カード Contact Cards(英語)

学年 grade	組 class	番号 number	通学団 TUGAKUDAN (group you come to school in)	第 班 Group Number
児童氏名 Name of student		性別 Gender M 男 F 女	生年月日 Date of Birth 年 月 日	
保護者氏名 Name of Guardian		電話番号または携帯電話番号 Phone Number(home or mobile)		
父 Father				
母 mother				
家族 Family	家族の氏名 Name of family members	児童との関係 Relationship	在学中の兄弟姉妹の学年・組 Grade and class of brothers and sisters enrolled in the same school	
住所 Home Address				
緊急連絡先 Emergency contact number: 連絡できる友達の名前 Nome de amigo da escola : 年 grade 組 class 名前 Name				
人材派遣会社 電話 Name of staffing agency:			Phone number	
勤務先 Name of Company:	父 Father	Phone number		
	母 Mother	Phone number		
身体状況 Physical Conditions 学校に知らせておいた方がよいと思われることがあれば、お書きください。 (if you think it is better to let us know about it)				
保険証 Insurance Card 種類 Type ※○を付けてください Please check( ) with ○ ( ) 国民健康保険 National Health Insurance ( ) 社会保険 Social Insurance ( ) その他 Others Name of your insurance			記号 Code (KIGOU)	番号 Number (BANGOU)

◎ 病気やけがをしたときに行く岩倉市内の病院をお知らせください。

Information about hospitals you usually go to

病院の種類 Department	病院の名前 Name of the hospital.
内科 Physician	
外科 Surgeon	
歯科 Dentist	



学校生活適応指導児童生徒の緊急時の対応について(保護者向け)  
About emergency response for students in School Adaptation Class  
(For guardians)

学校生活適応指導対象児童生徒が、岩倉東小学校内の学校生活適応指導教室で指導時間中に事故や病気で病院に連れて行かなければならない場合、次のようにしますのでよろしくお願いします。

Q:

病院へ連れて行く場合 : When we take the student to the hospital
---

① 学校生活適応指導担当者から緊急連絡先に電話をします。児童生徒の命にかかわる場合がありますので、仕事先に事情を説明して、休みをとるようにしてください。

その際、かかりつけの病院がある場合はお知らせください。

A teacher in charge of school adaptation class will call the emergency contact number of the guardian. Please explain the situation to your boss and take a day off because we have the student's life-threatening situation in some cases. In that case, please tell us if you have a family doctor.

② 病院へは、岩倉東小学校の養護教諭と学校生活適応指導担当者が連れて行きます。

Our school nurse and a teacher in charge of School Adaptation Class will take the student to the hospital.

③ 病院へは保護者が保険証（もっている場合）とお金を持ってむかえに来てください。

Guardians needs to pick the student at the hospital with some money and the insurance card(if you have).