

日本スポーツ振興センターへの加入について(中国語)

关于加入日本体育振兴中心的说明

【保護者に説明・配布】
【向家长说明・发放】
岩倉市教育委員会

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。

岩倉市教育委員会为了对岩倉市立小学，中学的在校学生发生自然灾害时进行补助，与独立行政法人日本体育振兴中心缔结了灾害共济给付制度。

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。

独立行政法人日本体育振兴中心的灾害共济给付制度是指在学校的管理下，儿童・学生等遇到灾害时，向家长支付治疗费和慰问金的制度。加入时须事先征得家长们的同意，并提交儿童・学生等的名单。

虽然加入是自愿的，本教育委员会希望大家全体同意加入。

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。
同意加入的人请填写下面的同意书并提交给学校。

記

1 給付の種類と給付される場合 补助的种类和补助对象

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。

在学校管理下，因事故引起负伤，因伙食引起中毒和发生其他疾病（煤气中毒，溺水，中暑，油漆导致的皮肤病等法令中规定的事故）时，补助医疗费，残疾慰问金或死亡慰问金。

なお、学校の管理下とは、次の場合をいいます。
学校管理下是指以下的情况。

- ① 授業中（特別活動中を含む。）
上课时（包括特别活动）
- ② 学校の教育計画に基づく課外指導中
根据学校教育计划实施的课外辅导时
- ③ 休憩時間中及び学校の定めた特定時間中
休息时和学校规定的特别时间
- ④ 通常の経路及び方法による通学中（登下校中）
按通常规定的路线和方法上学时（上学，放学途中）

2 給付金額 [災害共済給付の給付基準は、センター法施行令気3条によります。] 补助金額 [灾害共济给付的补助基准由中心法实施规则第3条而定]

① 医療費 医疗费

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。

支付健康保险疗养所需费用的4/10（其中有1/10是作为伴随疗养所发生的费用）。岩倉市对全市小学，中学生的医疗费和补贴制度。因此，如果利用儿童医疗费补贴制度以及单亲家庭医疗费补贴制度、残疾人医疗费补贴制度

等（以下称“医疗费补贴制度”），在窗口不需要交个人负担部分的时候，实际向监护人只支付所需疗养费用的 1/10。

※ 因利用“医疗费补贴制度”而免交的个人负担部分的费用（3/10）是岩倉市用公费负担的，因此需返还给岩倉市。

② 障害見舞金 残疾慰问金

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。
根据残疾的严重程度，补助金额为 3,370 万日元（1 级）～ 82 万日元（14 级）

（通学中の場合は、1,885 万円から 41 万円）

（上学途中的灾害，补助金额为 1 8 8 5 万日元～ 4 1 万日元）

③ 死亡見舞金 死亡慰问金

2,800 万円が給付されます。

补助 2 8 0 0 万日元。

（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）

（与运动等行为无关的猝死和上学途中的死亡，补助 1 4 0 0 万日元）

3 給付基準 补助基準

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。

对于同一灾害导致的负伤或疾病，医疗费补助从初诊开始计算最长为 10 年。

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。

从补助事由发生之日起的 2 年以内，如果不行使享受灾害共済给付制度的权利，将因时效而失去请求权。

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。

在已经获得损害赔偿或根据其他的法令已获得补助等时，根据已获得金额的限额，有可能不再给与补助。

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。

对根据生活保护法享受生活保护的家庭的儿童学生，在遇到灾害时不支付医疗费补助。

4 共済掛金（年額） 共済保険費（年繳納費）

岩倉市教育委員会が共済掛金を全額負担します。

岩倉市教育委员会全额负担共済保险费。

フッ化物洗口ってなに？ 什么是氟化物漱口？（中国語）

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。

岩倉市根据保健计划[健康岩倉21]，针对小学1，2，3年級的兒童，按自願的原則實施氟化物漱口。

目的は？ 目的

むし歯は下の図のような条件がそろった時にできます。
虫牙是在下图所标的几个条件都具备时产生的。

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。
4个原因当中只要缺少1个原因就不会产生虫牙。

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。

即使吃糖分多的食物，只要注意时间这个因素，在短时间内除去糖分就不会生虫牙。

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。

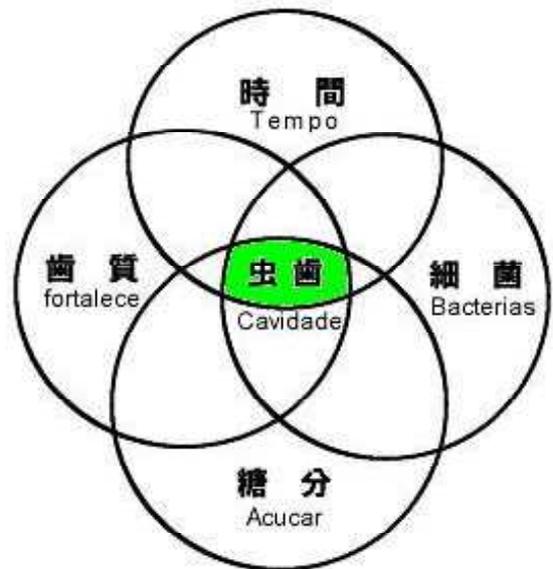
但是，为了预防虫牙，不止是针对1个因素，最好是对这4个因素都进行处理。

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。
氟化物漱口的目的是为了增强4个因素之1的[象牙质]。

しかし「フッ化物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。
但是这并不意味着[实施了氟化物漱口就不会生虫牙]。

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。
氟化物漱口只是作为刷牙的辅助手段。

- 1) 歯質を強くする
增强象牙质
- 2) 病原菌を減らす
減少病菌
ブラッシング
刷牙
唾液分泌量の増加（よく噛む）
增加唾液分泌量（多咀嚼）
- 3) 糖분을控える
控制糖分
- 4) 時間
間食を減らす。
少吃零食。
食後早めに歯を磨く。
饭后尽早刷牙。
(就寝前は特に重要)
(尤其是睡觉前的刷牙最重要)



方法は？ 方法

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。
将450ppm, 5cc的漱口液含在嘴里，漱口1分钟。

安全性は？ 安全性

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。
一般来说，即使是误饮了1次也没有问题。

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

☆急性症状・・・悪心，嘔吐，腹痛等
(一般来说，不喝1桶以上的漱口液不会出现急性症状)

☆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。)

☆慢性症状・・・[氟斑牙]，[氟骨症]
(连续摄取高浓度的氟时发生。低浓度的氟化物漱口液一般没有问题。)

岩倉市教育委員会
岩倉市小中学校長会
【保護者に説明・配布】
【向家长说明・发放】

フッ化物洗口に対する希望のお尋ね（1，2，3年生用） 关于是否希望实施氟化物漱口的调查

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。
感谢各位家长平时对本市教育活动的理解和配合。

本年度も、昨年度に引き続き、希望者に対してフッ化物洗口ができる機会を設けています。今年也將和去年一样，对希望者继续实施氟化物漱口。
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たものです。
在从乳齿到恒齿的换牙时期实施氟化物漱口，对预防虫牙有效。

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のするもので、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。

1个星期1次，用浓度极低的氟化钠水溶液漱口的安全性已经被确立。为了尊重各位家长的意见，决定采取自愿制。

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。
氟化物漱口将在5月中旬左右开始实施。

【養護教諭へ】

【给保健老师】

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（中国語）
关于加入独立行政法人日本体育振兴中心

同 意 書

岩倉市教育委員会 殿
岩倉市教育委員会

岩倉市立（ ）学 校

年 組 児童氏名
年 級 組 児童姓名

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。

同意上述儿童学生等在校期间，加入贵教育委员会与独立行政法人日本体育振兴中心缔结的灾害共济给付制度。

年 月 日

保護者又は後見人氏名
家长或监护人姓名

印
印章

フッ化物洗口希望票
氟化物漱口希望表

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。

您的孩子以前在保育园或幼儿园是否有氟化物漱口的经验？

どちらかに○をお付けください。

请在该当项目上划○

() ある 有 () ない 没有

フッ化物洗口を () 希望します 希望

氟化物漱口 () 希望しません 不希望

年 組 番 児 童 名
年 級 組 号 儿 童 姓 名

保護者名
家长姓名

印
印章

年 月 日記入

| 氏名 姓名 | 生年月日 出生日期 年 月 日 (歳) (岁) | 保護者名 家长姓名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------|----------------------|-----------------------|---------------|----------------------|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|----------------|---------------|------------------|-----------------------|------|--|--|------------|------|--|--|------------|------|--|--|------------|------|--|--|------------|--------|--|--|------------|----------------|---------------|------------------|-----------------------|-------------|------------------------|---------------------|------------|
| 住所 住址 TEL () - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学校名 学校名称 小学校 ・ 中学校 | 年 組 | 身長 身高 体重 Kg cm | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>◎ 出生地はどこですか。 出生地点 日本(都道府県) ・ 日本以外 (国)</p> <p>◎ 既往歴 ぜん息にかかったことがありますか。 既往病史 有没有患过哮喘? ない 没有 ・ ある 有</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。 有没有住过院或患有需要长期服药的疾病? ない 没有 ・ ある 有 (いつ頃 病名) (何時 疾病名称)</p> <p>◎ BCG 接種をうけたことがありますか 有没有接种过卡介苗 ? ない 没有 ・ ある 有</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。 回答(有)の人, 请在下面的表里填写接种卡介苗的日期和国家名称。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th style="width:5%;"></th> <th style="width:45%;">実施年月日 接种日期</th> <th style="width:50%;">BCG 実施した国 实施接种的国家</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>年 月 日</td> <td>国</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>年 月 日</td> <td>国</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>年 月 日</td> <td>国</td> </tr> </tbody> </table> <p>◎ 現在自觉症状がありますか。 现在有没有自觉症状? ない 没有 ・ ある 有 ※あると答えた人は、下の表を記入してください。 回答(有)の人请填写下表。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th style="width:25%;">症状の種類 症状的种类</th> <th style="width:20%;">いつ頃から 何时开始</th> <th style="width:25%;">どんな様子ですか 什么样子</th> <th style="width:30%;">治療を受けていますか 是否在接受治疗</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>咳 咳嗽</td> <td></td> <td></td> <td>はい是 ・ いいえ否</td> </tr> <tr> <td>痰 咳痰</td> <td></td> <td></td> <td>はい是 ・ いいえ否</td> </tr> <tr> <td>熱 发烧</td> <td></td> <td></td> <td>はい是 ・ いいえ否</td> </tr> <tr> <td>体重減少</td> <td></td> <td></td> <td>はい是 ・ いいえ否</td> </tr> <tr> <td>その他 其他</td> <td></td> <td></td> <td>はい是 ・ いいえ否</td> </tr> </tbody> </table> <p>【記入例】</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th style="width:25%;">症状の種類 症状的种类</th> <th style="width:20%;">いつ頃から 何时开始</th> <th style="width:25%;">どんな様子ですか 什么样子</th> <th style="width:30%;">治療を受けていますか 是否在接受治疗</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>咳(せき) 咳嗽</td> <td>5/30 ころから 从 5/30 开始</td> <td>夜咳き込んでいる 夜里不停地咳嗽</td> <td>はい是 ・ いいえ否</td> </tr> </tbody> </table> | | | | 実施年月日 接种日期 | BCG 実施した国 实施接种的国家 | 1 | 年 月 日 | 国 | 2 | 年 月 日 | 国 | 3 | 年 月 日 | 国 | 症状の種類 症状的种类 | いつ頃から 何时开始 | どんな様子ですか 什么样子 | 治療を受けていますか 是否在接受治疗 | 咳 咳嗽 | | | はい是 ・ いいえ否 | 痰 咳痰 | | | はい是 ・ いいえ否 | 熱 发烧 | | | はい是 ・ いいえ否 | 体重減少 | | | はい是 ・ いいえ否 | その他 其他 | | | はい是 ・ いいえ否 | 症状の種類 症状的种类 | いつ頃から 何时开始 | どんな様子ですか 什么样子 | 治療を受けていますか 是否在接受治疗 | 咳(せき) 咳嗽 | 5/30 ころから 从 5/30 开始 | 夜咳き込んでいる 夜里不停地咳嗽 | はい是 ・ いいえ否 |
| | 実施年月日 接种日期 | BCG 実施した国 实施接种的国家 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 年 月 日 | 国 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 年 月 日 | 国 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 年 月 日 | 国 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 症状の種類 症状的种类 | いつ頃から 何时开始 | どんな様子ですか 什么样子 | 治療を受けていますか 是否在接受治疗 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 咳 咳嗽 | | | はい是 ・ いいえ否 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 痰 咳痰 | | | はい是 ・ いいえ否 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 熱 发烧 | | | はい是 ・ いいえ否 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体重減少 | | | はい是 ・ いいえ否 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 其他 | | | はい是 ・ いいえ否 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 症状の種類 症状的种类 | いつ頃から 何时开始 | どんな様子ですか 什么样子 | 治療を受けていますか 是否在接受治疗 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 咳(せき) 咳嗽 | 5/30 ころから 从 5/30 开始 | 夜咳き込んでいる 夜里不停地咳嗽 | はい是 ・ いいえ否 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

連絡カード 联络卡(中国語)

| | | | | |
|---|---------------|------------------|---------------------------------|-----------|
| 学年 年級 | 組 組 | 番号 號 | 通学団 上学团 | 第 班 |
| 児童氏名 兒童姓名 | | 性別 男女 | 生年月日 出生日期 年 月 日 | |
| 保護者氏名 家長姓名 | | | 電話番号または携帯電話番号 电话或手机号码 | |
| 父 | | | | |
| 母 | | | | |
| 家族 家属 | 家族の氏名 家属姓名 | 児童との関係 和兒童的关系 | 在学中の兄弟姉妹の学年・組 在上學的兄弟姐妹的年級, 組 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 住所 住址 | | | | |
| 緊急連絡先 緊急联络地址: 連絡できる友達の名前 能联络的朋友的姓名: 年 年級 組 名前 姓名 | | | | |
| 人材派遣会社 電話 人材派遣公司 电话: | | | Telephone | |
| 勤務先 工作单位地址, 电话: | 父 | | | Telephone |
| | 母 | | | Telephone |
| 身体状況 身体状态 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。 如有需要告知学校的事项, 请填写。 | | | | |
| 保険証 保險证 種類 种类 ※○を付けてください 请在该当项目上划○ <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他 其他 名称 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | | | 記号 | 番号 号码 |

◎ 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。
生病或受伤时去岩倉市内的哪个医院就诊?

| | |
|-------------|-------------|
| 病院の種類 医院的种类 | 病院の名前 医院的名称 |
| 内科 | |
| 外科 | |
| 歯科 牙科 | |

【保護者に説明・配布】

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)

在紧急时对学校生活适应指导儿童学生采取的措施

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いたします。

学校生活适应指导对象的儿童学生，在岩倉東小学校の学校生活适应指导教室接受指导时，因事故或疾病必须带到医院就诊时，按以下方式进行处理。

病院へ連れて行く場合

带去医院的情况下

① 学校生活適応指導担当者（ブラジル人講師）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。

由学校生活适应指导的担当者打电话联系家长。因有时会涉及到孩子的生命安全，请向工作单位说明事由并申请休假。

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。
如有平时经常去的医院，请在接到联系电话时告诉学校。

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（ブラジル人講師）が連れて行きます。

由岩倉東小学校の保健老师和学校生活适应指导的担当者带学生去医院就诊。

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。

请家长带好保险证（如果有的话）和钱来医院接孩子。