



## Tokyo West International School

## Medical Certificate 健康診断書 (Kindergarten)

To be completed by parent/guardian: (下線部分に保護者名と日付をご記入下さい)

I, \_\_\_\_\_, hereby authorize this physician to provide the following information to School if required and to supply additional information relating to my child's condition.

私 ( \_\_\_\_\_ ) は、こどもの健康状態についての報告書を下記の医師が作成することを承諾します。

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Year/ Month /Date

Filled out by Parent/Guardian (保護者の方ご記入ください)

Name 氏名	Last Name 姓	First Name 名	Middle Name
Sex 性別	Male 男	Female 女	
Date of Birth 生年月日	/	/	(Year/Month/Date)
Home Address 住所			
Home Phone 電話		Mobile No. 携帯	

Filled out by Physician (医師記入)

Height 身長	cm	Irregular heartbeat 不整脈	<input type="checkbox"/> Yes ( ) <input type="checkbox"/> No
Weight 体重	kg	Skin Disease 皮膚病	<input type="checkbox"/> Yes ( ) <input type="checkbox"/> No
Blood Pressure 血圧	/ mmHG	Vision 視力	RT [ ] / LT [ ]
Pulse 脈拍	/min.Regular整 or Irregular不整	Others その他	

Any allergy アレルギー  Yes /  No If **Yes**, specify ありの場合詳細を記入:

## Medical History

過去の病歴

## Nature of health problem

現在かかっている病気

Describe restrictions (e.g., specific sports, recheck up, etc)  
医師所見 (運動可、保留、再検査)

## Medical Evaluation 判定

Circle one below AND please official stamp on matching code at bottom of sheet

- A** Good health status. Medically, fit for schooling.  
健康優良。通常の学園生活をおくるのに支障なし。
- B** Abnormal findings present, but healthy enough for schooling.  
有所見正常。通常の学園生活に支障ないものと思われる。
- C** Abnormal findings present. Needs further analysis.  
異常所見あり。さらなる検査・治療を要する。
- D** Abnormal findings present. Medically not qualified for schooling.  
異常所見あり。学園生活をおくることは医学的に困難と思われる。

上記の通り診断いたします。

Date of Examination 診断日付 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Medical facility name 病院名

Address 住所

Telephone 電話番号

Physician 医師名

Signature 医師サイン