



## Tokyo West International Elementary School

## Medical Certificate 健康診断書

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 the Elementary 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



## Tokyo West International Elementary School

## Health Questionnaire 健康診断書 (1/2)

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

Student Name 生徒氏名			Sex 性別	Date of Birth 生年月日
Surname 姓	First Name 名	Middle Name *(not applicable to Japanese)	Male <input type="checkbox"/>	/ /
			Female <input type="checkbox"/>	Year/Month/Date

## &lt;Food&gt;

Favorite food 好きな食べ物:	Least favorite food 苦手な食べ物:
Food Allergy 食品アレルギーの有無: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, please describe:	

## &lt;Health&gt;

Pediatric hospital name 係りつけの病院:
Pediatrician 担当医:
Address 住所:
Tel:
Past illness 既往症:
Allergy アレルギーの有無: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, please describe:

## &lt;Immunizations 予防接種&gt;

Date Immunized 接種時期

Immunization	Japanese Name	(1)	year	month	day
DTAP	三種混合	(1)	year	month	day
		(2)	year	month	day
		(3)	year	month	day
Polio	ポリオ	(1)	year	month	day
		(2)	year	month	day
BCG	BCG		year	month	day
Rubella	風しん		year	month	day
Measles	麻疹		year	month	day
Chicken pox	水疱瘡		year	month	day
Others, (mumps, diphtheria, pertussis, tuberculosis, rheumatic fever, scarlet fever, etc.)	その他 (おたふく、ジフテリア、百日咳、肺結核、リウマチ熱、しよこ熱)	If any, please describe 「はい」と答えた方は、詳細をお書きください。			

## &lt;Past/Present Medical History/condition of your child &gt;

Eye Condition/Wearing Glasses 眼鏡等使用・目の病気	difficult seeing 弱視/視力低下	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	wearing glasses 眼鏡等使用	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	retinopathy 網膜症	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	glaucoma 緑内障	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	squint 斜視	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	others その他		
If Yes, please describe 「はい」と答えた方は、詳細をお書きください。			
Respiratory Condition 肺・呼吸関係の病気 (ぜんそくなど)	asthma ぜんそく	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	hyperventilation 過換気症候群	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	pneumothorax 気胸	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	breathlessness 呼吸困難	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	others その他		
If Yes, please describe 「はい」と答えた方は、詳細をお書きください。			

## Health Questionnaire 健康診断書 (2/2)

Skin/dermatological condition 皮膚の異常 (アトピーなど)	atopic dermatitis アトピー性皮膚炎	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	urticaria じん麻疹	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	eczema 湿疹	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	psoriasis 乾癬	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	lice シラミ	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	photosensitivity 日光過敏症	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
others その他			

If Yes, please describe 「はい」と答えた方は、詳細をお書きください。

Bone/muscles/joint condition 筋肉/骨格/関節の異常	braces: 義肢・義足	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	fracture: 骨折	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	arthritis 関節炎	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	disk hernia 椎間板ヘルニア	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	scoliosis 背骨のわん曲	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	deformity 変形	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	gait 歩行	Normal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/>	
	congenital condition 先天性疾患	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
*Diagnosis of congenital Condition 診断名			
others その他			

If Yes or abnormal, please describe 「はい」または「異常」と答えた方は、詳細をお書きください。

Psychological/learning condition 心理/精神状態	psychological consult 心理療法の経験	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	behavioral problem 行動障害・異常	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	learning difficulty 学習障害	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	delay in mental growth 精神発達遅延	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	inappropriate maturation 年齢と精神発育の不一致	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	attention deficit 注意/集中力欠如	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	congenital condition	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
*Diagnosis of congenital Condition 診断名			
others その他			

If Yes, please describe 「はい」と答えた方は、詳細をお書きください。

Neuron 神経	patellar reflexes 膝蓋腱反射	Normal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/>
-----------	-------------------------	---

If any abnormality, please describe 「異常」と答えた方は、詳細をお書きください。

### Authorization

I, \_\_\_\_\_ (parent's name) declare that the information supplied is true to the best of my knowledge. If I cannot be reached to give my consent to the first-aid/emergency procedures, or if the school health services finds necessity of quick first-aid, I hereby give my permission to TWIES to seek medical treatment or in-school first-aid by the school employee for my child in case of injury or illness which is incurred while participating in school-sponsored activities.

Parent's/Guardian's Signature: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_yy/\_\_\_\_\_mm/\_\_\_\_\_dd