＜R7改訂版　英語＞

保護者様 To Parents/Guardians

豊橋市教育委員会 Toyohashi City Board of Education

**入学されるお子さんの健康診断について**

**Health Examination for New Incoming Students**

市教育委員会では、学校保健安全法に基づき入学前に就学時健康診断を行います。つきましては、お子さんの心身の状態などについて把握し、健康診断の参考にしますので、下記の調査票にご記入いただき、厳封のうえご提出ください。

The Municipal Board of Education will conduct a health examination for new incoming students in accordance with the School Health and Safety Act. We would like to use this questionnaire as a reference to have a better understanding of students’ physical and mental health. Please complete the questionnaire, seal it in the envelope, and submit it to your school district’s elementary school.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO | ※ |  | ※ |

**就 学 時 保 健 調 査 票**

* 記入しないでくださいDo not write in the boxes above.

**School Entrance Health Examination**

**Questionnaire (*Shuugaku-ji Hoken Chousa-hyou*)**

**※**兄弟姉妹が在籍する場合は記入してください。なお、2人以上在籍する場合は、最年長の児童名を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがなFurigana |  | 生年月日Date of Birth 　　 | 平成　 年　 月　 日 Heisei Year Month Day | 男・女 M　F　 |
| 児童氏名Student Name |  |
| 保護者氏名Name of Parent /Guardian |  | 続柄Relationship | 就園状況Pre-school Education | Enrollment Date:　平成・令和　　 　年　　　月 　Heisei/Reiwa 　　Year Month幼稚園・保育園名 Kindergarten/Preschool Name( ) |
|  |
| 現住所Address | 豊橋市Toyohashi-shi |
| 【第１】昼間連絡がとれる連絡先　※携帯・勤務先等Daytime Telephone #1 ※Cell・OfficeTEL )(続柄・名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 )(Relation・Name) | 【第２】昼間連絡がとれる連絡先　※携帯・勤務先等Daytime Telephone #2 ※Cell・OfficeTEL )(続柄・名前　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 )(Relation・Name) |
| 在校児童名**※**（学年・組）Enrolled Child (School Year・Class) | （　　年　　組） |

If a sibling is enrolled in the school, please complete the section above. If there are two or more siblings, write the name of the oldest child.

▼あてはまる事項を○で囲んでください。なお、この調査票の秘密は厳守しますので、ありのままをご記入ください。

Please circle the appropriate answer to each question. The information you provide will be kept strictly confidential.

|  |  |
| --- | --- |
| １からだの発育について心配なことがありますかDo you have any concerns regarding your child’s body growth? | いいえ　はい　 具体的に None Yes Specifically: |
| ２はなしことばで心配なことがありますかDo you have any concerns regarding your child’s language development? | いいえ　はい　 あかちゃん言葉・単語しか話さない・ほとんど話さない・そのほかNone Yes 　Speaks in Baby words・only says single words・rarely speaks・other: よくころぶ・まっすっぐ歩けない・うまく走れない・一人で衣服が着られない・話をするときに目が合わない・はしをうまく使えない・はさみで紙を切ることが出来ない・その他 |
| ３運動や動作で心配なことがありますか Do you have any concerns regarding your child’s movements? | いいえ　はい None Yes Often trips・cannot walk straight・has difficulty running・cannot  put on clothes by themselves・eyes appear to be misaligned when  talking・can’t use chopsticks well・can’t cut paper using scissors・  Other:  |
| ４ 排尿・排便で困っていることがありますか Does your child have any problems with urination/defecation (going to the bathroom)? | いいえ 　はい　 昼間のもらし・夜尿・回数が多い・その他None Yes Some leaks out during the day・bedwetting at night・needs  to go to the bathroom often・other: おとなしすぎる・粗暴なところがある・同じ年頃の友達と遊べない・言うことを聞かない・人見知りする・大人にたよりすぎる・こだわりが強い・その他 |
| ５ お子さんの性質で気になることがありますかDo you have any concerns regarding your child’s character/attitude? | いいえ　はい　 None Yes Too quiet・violent at times・has difficulty playing with friends of the same age・disobedient・ shy・too dependent on adults・too picky・other:  |
| ６　ご家庭で気になる様子はありますかDo you have any concerns regarding your child’s habits at home? | いいえ　はい　 指しゃぶり・つめかみ・身体の部分をいじる・None Yes 色まちがいがある・その他Thumb-sucking・nail-biting・ touches a certain body part・makes mistakes identifying colors・other:   |
| ７　生まれつきの病気などがありますかDoes your child have any chronic illness(es)? |  いいえ　はい　 具体的に None Yes Specifically:  |
| ８　現在治療中の病気がありますかIs your child receiving ongoing medical treatment? | いいえ　はい　 心ぞう病・じんぞう病・ぜんそく・アトピー性皮ふ炎None Yes 　・弱視・難聴・その他 　Heart or kidney disease・asthma・atopic dermatitis・ poor eyesight・impaired hearing・other:  |
| ９　食物アレルギーがありますかDoes your child have any food allergies? | いいえ　はい　　　原因食物：鶏卵・牛乳・小麦・えび・かに・落花生・その他None Yes　　(Chicken) egg・milk・flour・shrimp・crab・peanuts・other:  |
| （以下はいと答えた方のみ記入ください） (If you answered “Yes”, please fill in the items below) ※現在、食べさせていない、もしくは量を制限するなど対応をしていますか※Not allowing my child to eat specific food or controlling the amount of intake of specific food | いいえ　　はい No Yes |
| ※対応については医師の指示によるものですか※Is your corresponding decision based on doctor’s instructions? | 医師の指示　　保護者の判断Doctor’s advice My own decision |
| １０　その他心配なことや学校に伝えておきたいことがありましたら書いてくださいIf you have any other concerns, please write them in the space provided below: |
|  |

＜予防接種の記録＞母子健康手帳を参考に接種日を記載してください

ew13shugaku02(16)

<Vaccination Record > Please refer to your Maternal and Child Health Handbook [*Boshi Kenkou Techou*]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 種別 Types | 1回目 1st | ２回目 2nd | ３回目 3rd | ４回目 4th |
| HiｂHaemophilis influenzae type Ｂ | 　 　　 | 　 　　 | 　 　　 | 　 　　 |
| 小児用肺炎球菌Pediatric pneumococcal | 　 　　 | 　 　　 | 　 　　 | 　 　　 |
| B型肝炎 Hepatitis B | 　 　　 | 　 　　 | 　 　　 |  |
| BCG | 　 　　 |  |  |  |
| ４種混合（DPT＋ポリオ）※DPT + Polio | 　 　　 | 　 　　 | 　 　　 | 　 　　 |
| ３種混合（DPT）Combination of Diphtheria, Whooping cough, and Tetanus) | 　 　　 | 　 　　 | 　 　　 | 　 　　 |
| ポリオPolio | 生（経口）Live (oral) | 　 　　 | 　 　　 |  |  |
| 不活化（注射）Inactivated(shot/injection) | 　 　　 | 　 　　 | 　 　　 | 　 　　 |
| 麻しん風しん混合Measles & Rubella（MRワクチン MR Combination） | Stage 1 1期　 　　  | Stage 2 ２期　 　　  |  |  |
| 水痘（水ぼうそう）Chickenpox | 　 　　 | ※2回接種したかたのみ記入If they received 2 doses only:　 　　  | ※今までにかかったことがある（どちらかに○）Have they had chickenpox? (Please circle）YES はい・NO いいえ |
| 日本脳炎Japanese Encephalitis | 　 　　 | 　 　　 | 　 　　 |  |
| ロタウイルスRotavirus※ﾛﾀﾘｯｸｽ2回、ﾛﾀﾃｯｸ3回　※Rotarix (2 doses), RotaTeq (3 doses) | 　 　　 | 　 　　 | 　 　　 |  |
| おたふくかぜ Mumps（任意予防接種）(optional vaccination) | 　 　　 | ※2回接種したかたのみ記入If they received 2 doses 　 　　 | ※今までにかかったことがある（どちらかに○）Have they had mumps? (Please circle○）YES はい・NO いいえ |

※４種混合を接種している場合は、３種混合及びポリオの欄は未記入で結構です。

※If child received the “DPT + Polio” vaccine, you do not need to complete sections for “Combination of Diphtheria, Whooping cough, and Tetanus” and “Polio.”