＜英語＞

保護者様 To Parents/Guardians 令和　　年　　月　　日

 　　 Reiwa Year Month Date

豊橋市教育委員会 Toyohashi Municipal 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 to the School Health and Safety Law. 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 district 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Preschool/Nursery School Name( ) |
|  |
| 現住所Address | 豊橋市Toyohashi-shi |  |
| 電話Tel: ( ) |  | 在校児童名**※**（学年）Name of student (school year) | 　　　　　　　　　　　　　（　　　 年） |

If siblings are enrolling in the school, please fill in the marked 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 answers to each question. The information you provide will be kept strictly private and 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 Explain in detail |
| 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None Yes その他Speaks in Baby words, Only says single words, Rarely speaks, other:  |
| 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　 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None Yes Often trips, Cannot walk straight, has difficulty when running, cannot wear clothes by his/herself, eyes appear to be misaligned when talking, cannot use chopsticks well, cannot cut papers 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 when urinating or defecating? | いいえ 　はい　 昼間のもらし・夜尿・回数が多い・その他None Yes Daytime, bedwetting, needs to go to the bathroom often, other:  |
| 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　 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None Yes たよりすぎる・こだわりが強い・その他Too quiet, violent at times, has difficulty playing with friends of the same age, disobedient, shy, too dependent on adults, 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 in the house? | 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, making mistakes when 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 Explain in detail:  |
| ８　現在治療中の病気がありますかIs your child receiving any 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, weak vision, impaired hearing, other:  |
| ９　食物アレルギーがありますかDoes your child have any food allergy? | 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　　Cause of Food allergy: (Hen’s) 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 have 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 instruction? | 医師の指示　　保護者の判断Doctor’s adivice My own decision |
| ※学校においてアレルギー対応を希望しますか（はいと記入した方）Do you want to request for Allergy free school meal at school? ( If you have answered “Yes “) | いいえ　　はいNo Yes |
| 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 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 Mother & 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(Vaccine) | 　 　　 | 　 　　 | 　 　　 | 　 　　 |
| 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）Chicken Pox | 　 　　 | ※2回接種したかたのみ記入If you got the 2nd dose vaccination 　 　　  | ※今までにかかったことがある（どちらかに○）Have you had it in the past? (Please circle）YES はい・NO いいえ |
| 日本脳炎Japanese Encephalitis | 　 　　 | 　 　　 | 　 　　 |  |
| おたふくかぜ Mumps（任意予防接種）(Optional) | 　 　　 | ※2回接種したかたのみ記入If you got the 2nd dose vaccination 　 　　 | ※今までにかかったことがある（どちらかに○）Have you had it in the past? (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。

※Those who have received the “DPT + Polio” vaccine do not need to fill in the sections for “Combination of Diphtheria, Whooping cough, and Tetanus” and “Polio.”