保護者様 To: Parents/Guardians　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜英語＞

平成　　年　　月　　日

Heisei　Year Month　Date

**転編入時保健アンケート　School Entrance Health Examination Questionnaire**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 児童氏名Student Name |  | 生年月日 年 月 日生 男・女Date of Birth: Year Month Date M F |
| 保護者氏名Name of Parent / Guardian |  | 続柄Relationship | 就園状況Pre-school Education | Date of enrollment: / / 幼稚園・保育園名Preschool/Nursery School Name:..............................................Youchien/Hoikuen |
|  |

あてはまる事項を○で囲んでください。なお、このアンケートの取扱いは㊙としますので、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　 早口・あかちゃん言葉・単語しか話さない・だんNone Yes だん話さなくなった・ほとんど話さない・その他Speaks fast, babbles, only says single words, speaks less, 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 bodily movements? | いいえ　はい　 よくころぶ・うまく走れない・不器用・その他None Yes Often trips, have difficulty when running,clumsy, 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 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 concern regarding your child’s character? | いいえ　はい　 おとなしすぎる・粗暴なところがある・友達と遊べ None Yes 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・その他Too quiet, violent at times, have difficulty playing with friends, disobedient, shy, too dependent on adults, other ( 　　　　　 ) |
| ６　気になるくせがありますかDo you have any concerns regarding your child’s habits? | いいえ　はい　 指しゃぶり・やたらにかみつく・つめかみ・None Yes 身体の部分をいじる・その他Thumb-sucking, bites often, nail-biting, touches a certain body part, other ( 　　　　　　 ) |
| ７　生まれつきの病気などありますかDoes your child have any chronic illness(es)? | いいえ　はい　 心ぞう病・その他None Yes 　Disease of the heart, other ( ) |
| 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None Yes 　ふ炎・弱視・難聴・その他 　Heart or kidney disease, asthma, skin condition, 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：卵・牛乳・小麦　Cause of Food allergy:None Yes　　Egg . Milk . Flourその他Etc.（　　　　　　　　） |
| ※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 food at school? ( If “Yes “) | いいえ　　はいNo Yes |
| 10　お子さんは次のことができますか。Is your child able to do the following? |  |
| (1) 一人で衣服がきれますか Wear clothes on his/her own (2) ぼたんをはめることができますかIs able to button buttons(3) 同じとしごろの子と遊ぶことができますかPlay with other children of the same age(4) はしで、ごはんやおかずを食べることができますかEat rice and side dishes with chopsticks(5) はさみで紙を切ることができますか Cut paper with a pair of scissors(6) まっすぐに歩くことができますかWalk in a straight line(7) 走ることができますか Is able to run(8) 自分の名前がいえますか Say his/her own name(9) 自分の名前がひらがなで書けますか Write his/her name in *hiragana*(10) 自分のとしがいえますか Say his/her own age | はい　Yes　　　いいえ No はい　Yes　　　いいえ No はい　Yes　　　いいえ No はい　Yes　　　いいえ Noはい　Yes　　　いいえ Noはい　Yes　　　いいえ Noはい　Yes　　　いいえ Noはい　Yes　　　いいえ Noはい　Yes　　　いいえ Noはい　Yes　　　いいえ No |
| １１その他心配な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. |