



# Tokyo West International 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 Tokyo West International 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	<input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女		
Date of Birth 生年月日	YYYY / MM / DD		
Home Address 住所			
Home Phone No. 電話番号		Mobile No. 携帯電話番号	

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	Others その他	

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

Current of Health Issues 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
	<p><b>A</b> 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。</p> <p><b>B</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。</p> <p><b>C</b> Abnormal findings present. Needs further analysis. 異常所見あり。さらなる検査・治療を要する。</p> <p><b>D</b> 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。</p>

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 School

## Health Questionnaire 健康調査票 (1/2)

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

Student Name 生徒名前			
Surname 姓	First Name 名	Middle Name	
Sex 性別	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	Date of Birth 生年月日	YYYY / MM / DD

### <Food>

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:	

### <Health>

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

### <Immunization/予防接種> Date Immunized 接種時期

Streptococcus pneumoniae (小児肺炎球菌)	1	YYYY / MM	Japanese Encephalitis (日本脳炎)	1	YYYY / MM
	2	YYYY / MM		2	YYYY / MM
	3	YYYY / MM		3	YYYY / MM
	4	YYYY / MM		4	YYYY / MM
Haemophilus type b (Hib)	1	YYYY / MM	Varicella (水痘)	1	YYYY / MM
	2	YYYY / MM		2	YYYY / MM
	3	YYYY / MM	MR (麻疹風疹)	1	YYYY / MM
	4	YYYY / MM		2	YYYY / MM
DPPT (4種混合)	1	YYYY / MM	Mumps (おたふく)	1	YYYY / MM
	2	YYYY / MM		2	YYYY / MM
	3	YYYY / MM	Rotavirus (ロタウイルス)	1	YYYY / MM
	4	YYYY / MM		2	YYYY / MM
Viral Hepatitis type B (B型肝炎)	1	YYYY / MM	BCG Others その他	1	YYYY / MM
	2	YYYY / MM			YYYY / MM
	3	YYYY / MM			YYYY / MM



# Tokyo West International School

## Health Questionnaire 健康調査票 (2/2)

### <Medical History/Condition of Your Child>

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"/>	Glaucoma 緑内障	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Others その他	
	Wearing glasses 眼鏡等使用	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Squint 斜視	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
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"/>	Pneumothorax 気胸	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Others その他	
	Hyperventilation 過換気症候群	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Breathlessness 呼吸困難	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
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"/>	Eczema 湿疹	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Lice シラミ	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Urticaria じん麻疹	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Psoriasis 乾癬	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Photosensitivity 日光過敏症	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Other その他					
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"/>	Arthritis 関節炎	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Scoliosis 背骨のわん曲	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Fracture 骨折	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"/>	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"/>	Others その他	
	*Diagnosis of Congenital Condition 診断名					
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"/>	Learning Difficulty 学習障害	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Inappropriate Maturation 年齢と精神発育の一致	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Behavioral Problem 行動障害・異常	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"/>	Attention Deficit 注意/ 集中力欠如	Yes <input type="checkbox"/> No <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		
Neuron 神経	Patellar reflexes 膝蓋腱反射	Normal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/>		Other その他		

### <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 find necessity of quick first-aid, I hereby give my permission to Tokyo West International School 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: \_\_\_\_\_