

Health Form
生徒の保健書類

Please complete this form in English
全て英語でご記入ください。

School Year

Student Personal Information 生徒の個人情報

FAMILY NAME 姓	FIRST 名	MIDDLE
DATE OF BIRTH 生年月日	GRADE 学年	<input type="checkbox"/> Male 男
MM月 DD日 YYYY年		<input type="checkbox"/> Female 女

Health History 健康の記録

Please indicate if your child has experienced any of the following.
現在または、以前において以下の項目に該当する場合はにチェックをお願いします。

<p>A. KNOWN MEDICAL CONDITIONS 病歴など</p> <input type="checkbox"/> ASTHMA 喘息 <input type="checkbox"/> ATOPIC DERMATITIS アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> DRUG ALLERGIES 薬剤アレルギー <input type="checkbox"/> FOOD ALLERGIES 食品アレルギー <input type="checkbox"/> OTHER ALLERGIES その他アレルギー <input type="checkbox"/> ADD / ADHD 注意欠陥・多動性障害 <input type="checkbox"/> HEART DISEASE 心臓疾患 <input type="checkbox"/> DIABETES 糖尿病 <input type="checkbox"/> SEIZURES てんかん <input type="checkbox"/> CONGENITAL ANOMALIES 先天異常 <input type="checkbox"/> RECENT MAJOR SURGURY, SERIOUS INJURY 大きな手術または負傷	<p>B. DIFFICULTY/ SPECIAL NEEDS 障害/特別な援助</p> <input type="checkbox"/> VISION 視覚 <input type="checkbox"/> HEARING 聴覚 <input type="checkbox"/> SPEECH 発語 <input type="checkbox"/> PHYSICAL MOVEMENT 身体的動作 <input type="checkbox"/> LEARNING DISABILITY 学習障害 <input type="checkbox"/> EMOTIONAL / BEHAVIORAL 感情/行動 <input type="checkbox"/> SOCIAL 社会性 <input type="checkbox"/> FOCUS / ATTENTION 集中力/注意力 <input type="checkbox"/> COGNITIVE 認識能力 <input type="checkbox"/> GIFTED / TALENTED 特殊な才能を持つ	<p>C. SUPPORT PROGRAM/SERVICES サポートプログラム/サービス</p> <input type="checkbox"/> PSYCHIATRIST 精神科医 <input type="checkbox"/> PSYCHOLOGIST 心理学者 <input type="checkbox"/> COUNSELING カウンセリング <input type="checkbox"/> LEARNING SUPPORT 学習支援 <input type="checkbox"/> SPEECH THERAPY スピーチセラピー <input type="checkbox"/> PHYSICAL THERAPY 理学療法 <input type="checkbox"/> OCCUPATIONAL THERAPY 作業療法 <input type="checkbox"/> IEP (INDIVIDUAL EDUCATIONAL PROGRAM) 個人教育プログラム <input type="checkbox"/> OTHER その他
--	--	--

If you selected any of the above categories, please provide details of conditions, effects, limitations, medications and treatments. Attach additional documents if necessary. 上記のいずれかを選択した場合は、現在の状況、影響、制約、投薬、や治療内容の詳細をお知らせ下さい。必要に応じて関連資料を添付して下さい。

Current Medications 常用薬

Please list any medications your child is currently taking. お子様現在服用しているすべての薬をご記入下さい。

NAME OF MEDICINE 薬品名	REASON 理由	DOSAGE & FREQUENCY 用量&頻度	POTENTIAL SIDE EFFECTS 副作用の可能性

Immunization Record 予防接種の記録

TICK IF PREVIOUSLY CONTRACTED <input type="checkbox"/> 以前にかかったことのある病気には <input checked="" type="checkbox"/> して下さい		VACCINATION DATES 予防接種日 MM月DD日YYYY年					
		1	2	3	4	5	6
BCG BACILLUS CALMETTE-GUÉRIN カルメット・ゲラン桿菌	<input type="checkbox"/>						
DTAP DIPHTHERIA, TETANUS, PERTUSSIS 三種混合(ジフテリア・破傷風・百日咳)	<input type="checkbox"/> Diphtheria ジフテリア <input type="checkbox"/> Tetanus 破傷風 <input type="checkbox"/> Pertussis 百日咳						
POLIO ポリオ	<input type="checkbox"/>						
MMR MEASELS, MUMPS, RUBELLA はしか・おたふく・風疹 混合	<input type="checkbox"/> Measles はしか <input type="checkbox"/> Mumps おたふく <input type="checkbox"/> Rubella 風疹 混合						
MR MEASELS, RUBELLA はしか・風疹 二種混合							
MUMPS おたふく	<input type="checkbox"/>						
HIB HAEMOPHILUS INFLUENZA B ヘモフィルスインフルエンザ菌 b 型	<input type="checkbox"/>						
PNEUMOCOCCAL 肺炎球菌	<input type="checkbox"/>						
JAPANESE ENCEPHALITIS 日本脳炎	<input type="checkbox"/>						
ROTA VIRUS ロタウイルス	<input type="checkbox"/>						
VARICELLA (CHICKEN POX) 水疱瘡	<input type="checkbox"/>						
HEPATITIS A A型肝炎	<input type="checkbox"/>						
HEPATITIS B B型肝炎	<input type="checkbox"/>				BOOSTER 追加		
HPV - HUMAN PAPILOMA VIRUS パピローマウイルス	<input type="checkbox"/>						
OTHER その他	<input type="checkbox"/>						

Tuberculin Test ツベルクリン反応

DATE 日付	READING 判定	RESULT 結果
MM月 DD日 YYYY年	X mm	<input type="checkbox"/> NEGATIVE 陰性 <input type="checkbox"/> POSITIVE 陽性

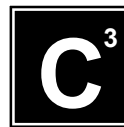
Declaration 確認

I certify that the information provided in this form is complete and accurate. I understand that withholding information concerning my child's health and well-being will entitle the school to deny enrollment. I understand that following enrollment, academic, behavioral or social assessments will be undertaken as needed. If the assessment results show a possible educational learning disorder, the school reserves the right to ask the parents/guardians to take the student for further testing. Should the parents/guardians refuse the testing, and or additional tests diagnose a learning deficit that cannot be addressed by the school, the student may be removed from A-JIS and advised to be placed in a school that would be more appropriate in handling the students needs. I understand that in the event that a parent or guardian cannot be reached in order to provide consent for emergency medical treatment, I consent to providing the school with authorization to seek medical treatment while participating in school-related activities.

保健医療に関する合意書：上記に記載されている内容は正確であり記入漏れがないことを誓います。私の子供の健康/身体について情報を隠すことは、学校が入学を断る理由に値すると理解します。入学後、必要に応じて学力、態度、または社会性が評価されることを理解します。もし評価の結果、学習障害の可能性が見られた場合は、学校は更なる検査を受けに行くことを保護者に要求する権利があります。保護者がこの要求に応じない場合、または検査の結果、学校では対応できない学習障害があると診断された場合は、本校ではなくその生徒に適した学校に転校してもらうことになります。私の子供が在校中に受けた負傷、または発病で緊急治療を要する場合、保護者と連絡が取れない時はジャパン インターナショナル スクールが緊急時の適切な医療措置をとることを認め学校に責任は問いません。

SIGNATURE OF PARENT GUARDIAN
保護者署名

DATE
日付



Dietary Restriction Form

食事制限確認書

Please complete this form in English
全て英語でご記入ください。

Student Name 生徒氏名

FAMILY NAME 姓

FIRST 名

MIDDLE

Dietary Restrictions

DOES YOUR CHILD HAVE ANY DIETRY
RESTRICTIONS? お子様にご食事制限はありますか?

NO いいえ

YES (please specify below) はい(詳細を以下に)

Religious Restrictions, Family Policy 宗教上の理由／家庭の方針による制限

RESTRICTED FOODS & DRINKS

宗教上の理由／家庭の方針により私の子供は下記の食べ物/飲み物を制限しています。

Medical Restrictions 健康上の理由(アレルギーなど)による制限

RESTRICTED FOODS & DRINKS

健康上(アレルギーなど)の理由により私の子供は下記の食べ物/飲み物を制限しています。

CONSEQUENCES OF CONSUMPTION

それを飲食した場合、どのような反応が起きえますか?または起きましたか?

Other Requests

If there is any concern or request regarding our school lunch program, please list them below:
スクールランチに関するご意見やご要望があればこちらにお書き下さい。

Declaration 確認

SIGNATURE OF PARENT GUARDIAN
保護者署名

DATE
日付



Medical Clearance Form
入学健康診断書

To be completed within the three months period prior to the application date by a medical physician who is not a relative of the applicant.
この診断書は、入学出願者の親族以外の医師により、入学願書提出日より遡って3ヶ月以内に作成されるものとする。

Student Name 生徒氏名

FIRST NAME 名	FAMILY NAME 姓	DATE OF BIRTH 生年月日
		MM月 DD日 YYYY年

Physical Information 身体測定

HEIGHT 身長	WEIGHT 体重	BLOOD PRESSURE 血圧	PULSE 脈拍	VISION 視力
				R 右 L 左

Health Assessment 健康状態

	NORMAL 正常	ABNORMAL 異常	DETAILS OF ABNORMALITY 異常についての説明
SKIN 皮膚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HEAD & SCALP 頭/頭皮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EYES & VISION 目・視力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EARS & HEARING 耳・聴覚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NOSE & THROAT 鼻・咽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MOUTH, TEETH, GUMS 口・歯・歯茎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CHEST & LUNGS 胸部・肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HEART 心臓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ABDOMEN 腹部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MUSCULAR-SKELETAL 筋骨格	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NEUROLOGICAL 神経	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NUTRITION 栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
URINALYSIS 尿検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OTHER CONCERNS その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Assessment Summary 診察の結果

Based on this health examination, can this student fully participate in regular schoolwork and physical education activities?
診察の結果、体育の授業を含め、通常の学校の授業に参加することができますか？

- YES はい
 NO (please specify reasons) いいえ (具体的な理由)

NAME OF PHYSICIAN 医師の氏名	SIGNATURE 医師の署名	DATE 日付
MEDICAL FACILITY NAME 病院・診療所名	PHONE 電話	ADDRESS 医療機関所在地