

Health Record 安全カード

Class クラス

Child Name 児童・生徒氏名

漢字での氏名

本カードの記述は、原則英語でお願いします。ただし、日本人学級の児童生徒の場合、1、2、7番の内容は、正確を期するため日本語での記述もお願いします。

Please provide information in English. For 1, 2 and 7, if your child is in Japanese Division, please provide information BOTH in English and Japanese, .

1. Please provide detailed information about your child's health conditions below if applicable.

お子様の健康状態について、下記の項目に該当する場合には、どのような場面でどのような症状が出るのかを含めて、その内容を詳しくご記入ください。

| No | Items 項目 | Health Conditions of Your Child 健康状態の内容 |
|----|--|---|
| ① | Heart diseases 心臓疾患 | |
| ② | Respiratory disorder 呼吸器障害 | |
| ③ | Allergies (E.g. Asthma, Food, Drugs) アレルギー体質 (喘息・食物・薬等) | |
| ④ | Hearing Impairment 聴力障害 | |
| ⑤ | Vision Impairment 視力障害 | |
| ⑥ | Has your child undergone any major surgeries? 手術の有無 | |
| ⑦ | Has your child suffered from any major diseases or injuries? 最近かかった大きな病気や怪我 | |
| ⑧ | Does your child take any medicine regularly? (E.g. EpiPen) 常備薬の携帯 (エピペンなどを含む) | (Name of Medicine・Qty・How often it should be taken... 薬品名・量・回数など) |
| ⑨ | Any other important information その他重要な情報 | |

2. If your child applies to "1", 「1」に記入された方にお尋ねします。

(1) Please write down the proper procedures or any important information that the school should be aware of in case your child develops the disease while at school.

上記の項目に関わる症状が、在校中にお子様に起きた場合の対処方法について、知っておくべき情報がありましたらご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

(2) Please write down any restrictions or any medical advice that your child must follow while at school.

普段の学校生活について健康上の留意・制限すべき点、医師からの指示等がありましたらご記入ください。

| |
|--|
| |
| |

3. If your child becomes sick or suffers from an injury, do you give permission for your child to be taken to Dr. Chan, the GP closest to the school?

お子様が急な病気、怪我の場合、学校近くの医師(Dr. Chan)の診察をご希望されますか。

YES はい NO いいえ (please circle どちらかにOをつけてください。)

If no, please provide the following information. 「いいえ」の場合には、下記の事項をご記入ください。

| | |
|--|--|
| Doctor's Name /Name of Medical Agency 受診を希望する医療機関・医師名 | |
| Address 医療機関・医師の住所 | |
| Contact Details 医療機関・医師の電話番号 | |

4. Please provide emergency contacts 保護者の方の緊急連絡先をご記入ください。

| Name お名前 | Relationship to child お子様との関係 | Telephone Numbers 電話番号 (Please provide as many numbers as available, e.g. Home, Mobile, Company - Extention Number). (自宅/携帯/会社等、できるだけ複数お書きください。会社の番号の場合、会社名、内線番号等、確実に連絡がつくようにご記入ください。) |
|-------------|----------------------------------|--|
| | | |
| | | |

5. Alternative Emergency Contacts 保護者の方に連絡がつかなかった場合の連絡先がある方は、ご記入ください。

| Name お名前 | Relationship to child お子様との関係 | Address / Telephone Numbers 住所・電話番号等 |
|-------------|----------------------------------|---|
| | | |
| | | |

6. Immunization Records お子様が今までに受けた予防接種についてご記入ください。

| Immunization ワクチンの種類 | | Date Given 接種年月日(西暦) |
|--|-----------|----------------------|
| Polio ポリオ | 1st 1回目 | / / |
| | 2nd 2回目 | / / |
| | 3rd 3回目 | / / |
| | 4th 4回目 | / / |
| Diphtheria Tetanus Pertussis ジフテリア・破傷風・百日咳の3種混合(DTaP) | 1st 1回目 | / / |
| | 2nd 2回目 | / / |
| | 3rd 3回目 | / / |
| | 4th 4回目 | / / |
| Measles 麻しん | | / / |
| Rubella 風しん | | / / |
| MMR (Measles Mumps Rubella 麻しん・流行性耳下腺炎・風しん) | | / / |
| Tuberculin Reaction ツベルクリン反応 | Result 結果 | / / |
| Chickenpox 水痘 | | / / |
| Mumps (Epidemic Parotitis) 流行性耳下腺炎 | | / / |
| Hepatitis B B型肝炎 | 1st1回目 | / / |
| Meningococcal Meningitis 髄膜炎菌性髄膜炎 | 1st1回目 | / / |

7. Please write down any other important information regarding your child's conditions that the school must be aware of.

お子様の健康状態について、さらに留意すべき点があればご記入ください

| |
|--|
| |
|--|

Parent signature 保護者サイン:
