

K. International Preschool
Medical Examination Report
健康診断書

To be completed by a physician in English if possible. 可能であれば英語でご記入をお願いします。

Child's name: _____ Date of birth: _____ / _____ / _____
 診断対象者氏名 生年月日 (e.g. Jan./1/1997)

1) Please check (☑) each of the following as appropriate and provide comments if problems are found.

下記項目について該当するほうに(☑)を入れてください。また、問題ありに☑をつけた場合は、その症状も具体的にご記入ください。

Eyes/Vision 眼/視力:

Normal 問題なし Problems found 問題あり: _____

Ears/Hearing 耳/聴力:

Normal 問題なし Problems found 問題あり: _____

Nose/Throat 鼻/咽喉:

Normal 問題なし Problems found 問題あり: _____

Lymph nodes 免疫リンパ節:

Normal 問題なし Problems found 問題あり: _____

Mouth/Teeth/Gums 口/歯/歯茎:

Normal 問題なし Problems found 問題あり: _____

Chest/Lungs 胸部/肺臓:

Normal 問題なし Problems found 問題あり: _____

Heart 心臓:

Normal 問題なし Problems found 問題あり: _____

Abdomen 腹部:

Normal 問題なし Problems found 問題あり: _____

Spine 脊椎:

Normal 問題なし Problems found 問題あり: _____

Other その他: _____

2) Do any of the following apply to this child? If yes, please check (☑) all that apply and provide details below.

このお子さんは以下に当てはまる症状をお持ちでしょうか。当てはまる症状全てにチェック(☑)を入れ、以下に詳細を記入して下さい。

Heart disease 心臓疾患 Congenital anomalies 先天性疾患 Diabetes 糖尿病

Seizures てんかん Eating disorder 摂食障害 ADHD 注意欠如・多動症

Depression 鬱、抑鬱 Anxiety disorder 不安症 Violence 乱暴

Others その他 _____

Details 詳細: _____

Continued over 次のページに続く →

3) Does this child have any allergies? If yes, please check (☑) all that apply. *

このお子さんにアレルギーはありますか。当てはまるもの全てにチェック(☑)を入れてください。*

*For any allergies identified, please also complete the relevant section of the separate **Allergy Information Form (page 3-6)**.

*該当するアレルギー全てに関して、別紙**アレルギー情報フォーム**(3-6 ページ)の該当箇所への記入をお願いします。

Food allergy 食物アレルギー Bronchial asthma 喘息 Atopic dermatitis アトピー

Allergic rhinitis アレルギー性鼻炎 Allergic conjunctivitis アレルギー性結膜炎

Others その他 _____

4) Does this child take medication of any kind? If yes, please provide details below. Yes はい No いいえ

治療を受けていますか。「はい」の場合は、詳細を以下にご記入ください。

5) Other issues or concerns その他の問題や懸念点:

Signature of examining doctor 診断担当医師サイン:

Name of doctor (Please print) 診断担当医師氏名:

Date of examination 診断日(e.g. Jan./1/2010): _____ / _____ / _____

Name of clinic 病院名: _____

Address 住所: _____

Tel: _____

(Stamp of clinic 病院印)

K. International Preschool
Allergy Information Form
 アレルギー情報フォーム

To be completed by a registered physician only if allergies have been listed on the separate Medical Examination Form. 別紙、健康診断書にアレルギーの記載がある場合のみ、登録医師に記入してもらって下さい。

Child's name: _____
 診断対象者氏名 (Given name/s 名) (Family name/s 姓)

■ Food allergies 食物アレルギー ■ Anaphylaxis アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> Yes あり <input type="checkbox"/> No なし <input type="checkbox"/> Yes あり <input type="checkbox"/> No なし
Type of disease / Treatment 病型・治療	
A: Type of food allergy (complete only if child has food allergy) 食物アレルギー病型(食物アレルギーありの場合のみ記載) <input type="checkbox"/> Immediate-type food allergy 即時型 <input type="checkbox"/> OAS (oral allergy syndrome) 口腔アレルギー症候群 <input type="checkbox"/> Food-dependent exercise-induced anaphylaxis 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	
B: Type of anaphylaxis (complete only if child has a history of anaphylaxis) アナフィラキシー病型(アナフィラキシー既往ありの場合のみ記載) <input type="checkbox"/> Food 食物 (Cause 原因: _____) <input type="checkbox"/> Food-dependent exercise-induced anaphylaxis 食物依存性運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> Exercise-induced anaphylaxis 運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> Insects 昆虫 <input type="checkbox"/> Medication 医薬品 <input type="checkbox"/> Other その他 →	
C: Causal food items / Evidence (please check all relevant causal items and provide brief details of evidence) 該当する食品診断根拠(該当食品全てにチェックをし、診断根拠を簡単に記入して下さい) <input type="checkbox"/> Egg 鶏卵 → <input type="checkbox"/> Milk, dairy products 牛乳・乳製品 → <input type="checkbox"/> Wheat 小麦 → <input type="checkbox"/> Soba ソバ → <input type="checkbox"/> Peanuts ピーナッツ → <input type="checkbox"/> Seeds, nuts 種実類・木の実類 → <input type="checkbox"/> Crustacea (shrimp, crab) 甲殻類(エビ・カニ) → <input type="checkbox"/> Fruit 果物類 → <input type="checkbox"/> Fish 魚類 → <input type="checkbox"/> Meat 肉類 → <input type="checkbox"/> Other その他 →	
D. Medication for emergency use 緊急時に備えた処方薬 <input type="checkbox"/> Oral agents (antihistamines, glucocorticoids) 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) <input type="checkbox"/> Epinephrine injection (Epipen) アドレナリン自己注射薬(エピペン) <input type="checkbox"/> Other その他 →	
Matters for school consideration 学校生活上の留意点	
A. School lunch 給食 <input type="checkbox"/> Special arrangements not required 管理不要 <input type="checkbox"/> Decide in consultation with parents 保護者と相談し決定	
B. Lessons/activities involving food/food products 食物・食材を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> Special arrangements not required 管理不要 <input type="checkbox"/> Decide in consultation with parents 保護者と相談し決定	
C. Physical exercise (PE, sporting clubs) 運動(体育・部活動等) <input type="checkbox"/> Special arrangements not required 管理不要 <input type="checkbox"/> Decide in consultation with parents 保護者と相談し決定	

D. Overnight excursions 宿泊を伴う校外活動 <input type="checkbox"/> Special consideration not required 配慮不要 <input type="checkbox"/> Special consideration needed for meals and at events 食事やイベントの際に配慮が必要	
E. Other considerations その他配慮・管理事項	Doctor's name and signature/seal 医師名/印: Date 記載日 (e.g. Jan./1/2000): _____ / _____ / _____ Name of medical institution 医療機関名:

■ Allergic rhinitis アレルギー性鼻炎		<input type="checkbox"/> Yes あり <input type="checkbox"/> No なし
Type of disease / Treatment 病型・治療		
A: Type of disease 病型 <input type="checkbox"/> Perennial allergic rhinitis 通年性アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> Seasonal allergic rhinitis (hay fever, pollinosis) 季節性アレルギー鼻炎 (花粉症) Prevalent in 主な症状の時期: spring 春 / summer 夏 / autumn 秋 / winter 冬		
B: Treatment 治療 <input type="checkbox"/> Antihistamines / anti-allergy medicine (oral) 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服) <input type="checkbox"/> Topical glucocorticoids (nasal) 鼻噴霧用ステロイド薬 <input type="checkbox"/> Other その他 →		
Matters for school consideration 学校生活上の留意点		
A. Outdoor activities 屋外活動 <input type="checkbox"/> Special arrangements not required 管理不要 <input type="checkbox"/> Decide in consultation with parents 保護者と相談し決定		
B. Other considerations その他配慮・管理事項	Doctor's name and signature/seal 医師名/印: Date 記載日 (e.g. Jan./1/2000): _____ / _____ / _____ Name of medical institution 医療機関名:	

■ Bronchial asthma 気管支喘息		<input type="checkbox"/> Yes あり <input type="checkbox"/> No なし
Type of disease / Treatment 病型・治療		
A: Severity (attack type) 重症度分類(発作型) <input type="checkbox"/> Intermittent 間欠型 <input type="checkbox"/> Mildly persistent 軽症持続型 <input type="checkbox"/> Moderately persistent 中等症持続型 <input type="checkbox"/> Severely persistent 重症持続型		
B-1: Medication for long-term use (inhalation) 長期管理薬 (吸入薬) <input type="checkbox"/> Inhaled glucocorticoids ステロイド吸入薬 <input type="checkbox"/> Long-acting beta agonists 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 <input type="checkbox"/> Cromolyn sodium inhalation aerosol (Intal inhaler) 吸入抗アレルギー薬(インターール) <input type="checkbox"/> Other その他 →		
B-2: Medication for long-term use (oral, transdermal) 長期管理薬(内服薬・貼付薬) <input type="checkbox"/> Theophylline sustained released formulation テオフィリン徐放製剤 <input type="checkbox"/> Leukotriene receptor antagonist ロイコトリエン受容体拮抗薬 <input type="checkbox"/> Beta agonists (oral, transdermal) ベータ刺激内服薬・貼付薬 <input type="checkbox"/> Other その他 →		

C: Medication for acute attacks 急性発作治療薬 <input type="checkbox"/> Inhaled beta agonists ベータ刺激薬吸入 <input type="checkbox"/> Beta agonists (oral) ベータ刺激薬内服	
D. Action required during acute attacks 急性発作時の対応	
Matters for school consideration 学校生活上の留意点	
A. Physical exercise (PE, sporting clubs) 運動(体育・部活動等) <input type="checkbox"/> Special arrangements not required 管理不要 <input type="checkbox"/> Decide in consultation with parents 保護者と相談し決定 <input type="checkbox"/> Hard exercise not permitted 強い運動は不可	
B. Activities involving contact with animals or in a dusty environment 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 <input type="checkbox"/> Special considerations not required 配慮不要 <input type="checkbox"/> Decide in consultation with parents 保護者と相談し決定 <input type="checkbox"/> Not permitted due to strong allergy to animals 動物へのアレルギーが強いため不可 (Animal 動物名: _____)	
C. Overnight excursions 宿泊を伴う校外活動 <input type="checkbox"/> Special considerations not required 配慮不要 <input type="checkbox"/> Decide in consultation with parents 保護者と相談し決定	
D. Other considerations その他配慮・管理事項	Doctor's name and signature/seal 医師名/印: Date 記載日 (e.g. Jan./1/2000): _____ / _____ / _____ Name of medical institution 医療機関名: _____

■ Atopic dermatitis アトピー性皮膚炎		<input type="checkbox"/> Yes あり <input type="checkbox"/> No なし
Type of disease / Treatment 病型・治療		
A: Severity 重症度のめやす <input type="checkbox"/> Mild: Slight rash only regardless of the area 軽症: 面積にかかわらず、軽度の皮疹のみみられる <input type="checkbox"/> Moderate: Strong rash visible on less than 10% of the body 中等症: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満に見られる <input type="checkbox"/> Severe: Strong rash visible on 10 to 30% of the body 重症: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる <input type="checkbox"/> Very severe: Strong rash visible on over 30% of the body 最重症: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上に見られる *A slight rash may show a slight redness, dryness and desquamation. 軽度の皮疹: 軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 *A strong rash may show lesions containing erythema, papules, erosion, infiltration and lichenification. 強い炎症を伴う皮疹: 紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変		
B-1: Topical treatments 常用する外用薬 <input type="checkbox"/> Glucocorticoid ointment ステロイド軟膏 <input type="checkbox"/> Tacrolimus ointment (Protopic) タクロリムス軟膏(プロトピック) <input type="checkbox"/> Moisturizers 保湿剤 <input type="checkbox"/> Other その他 →	B-2: Oral treatments 常用する内服薬 <input type="checkbox"/> Antihistamines 抗ヒスタミン薬 <input type="checkbox"/> Other その他 →	
C. Co-existing food allergy 食物アレルギーの合併 <input type="checkbox"/> Yes あり <input type="checkbox"/> No なし		
Matters for school consideration 学校生活上の留意点		
A. Swimming and activities under direct sunlight for extended periods プール指導及び長時間の紫外線下の活動 <input type="checkbox"/> Special arrangements not required 管理不要 <input type="checkbox"/> Decide in consultation with parents 保護者と相談し決定		

<p>B. Contact with animals 動物との接触</p> <p><input type="checkbox"/> Special considerations not required 配慮不要</p> <p><input type="checkbox"/> Decide in consultation with parents 保護者と相談し決定</p> <p><input type="checkbox"/> Not permitted due to strong allergy to animals 動物へのアレルギーが強いため不可 (Animal 動物名: _____)</p>	
<p>C. After perspiring 発汗後</p> <p><input type="checkbox"/> Special considerations not required 配慮不要</p> <p><input type="checkbox"/> Decide in consultation with parents 保護者と相談し決定</p>	
<p>D. Other considerations その他配慮・管理事項</p>	<p>Doctor's name and signature/seal 医師名/印:</p> <p>Date 記載日 (e.g. Jan./1/2000): _____ / _____ / _____</p> <p>Name of medical institution 医療機関名:</p>

<p>■ Allergic conjunctivitis アレルギー性結膜炎</p>		<p><input type="checkbox"/> Yes あり <input type="checkbox"/> No なし</p>
<p align="center">Type of disease / Treatment 病型・治療</p>		
<p>A: Type of disease 病型</p> <p><input type="checkbox"/> Perennial allergic conjunctivitis 通年性アレルギー性結膜炎</p> <p><input type="checkbox"/> Seasonal allergic conjunctivitis (hay fever / pollinosis) 季節性アレルギー性結膜炎 (花粉症)</p> <p><input type="checkbox"/> Spring catarrh 春季カタル</p> <p><input type="checkbox"/> Atopic keratoconjunctivitis アトピー性結膜炎</p> <p><input type="checkbox"/> Other その他 →</p>		
<p>B: Treatment 治療</p> <p><input type="checkbox"/> Topical anti-allergy medicine (eye drops) 抗アレルギー点眼薬</p> <p><input type="checkbox"/> Topical glucocorticoids (eye drops) ステロイド点眼薬</p> <p><input type="checkbox"/> Topical immunosuppressive agents (eye drops) 免疫抑制点眼薬</p> <p><input type="checkbox"/> Other その他 →</p>		
<p align="center">Matters for school consideration 学校生活上の留意点</p>		
<p>A. Swimming プール指導</p> <p><input type="checkbox"/> Special arrangements not required 管理不要</p> <p><input type="checkbox"/> Decide in consultation with parents 保護者と相談し決定</p> <p><input type="checkbox"/> Not permitted to enter pool プールへの入水不可</p>		
<p>B. Outdoor activities 屋外活動</p> <p><input type="checkbox"/> Special arrangements not required 管理不要</p> <p><input type="checkbox"/> Decide in consultation with parents 保護者と相談し決定</p>		
<p>C. Other considerations その他配慮・管理事項</p>	<p>Doctor's name and signature/seal 医師名/印:</p> <p>Date 記載日 (e.g. Jan./1/2000): _____ / _____ / _____</p> <p>Name of medical institution 医療機関名:</p>	