

# HEALTH HISTORY FORM

## 健康管理カード

Name of Student: \_\_\_\_\_ Sex: M \_\_\_ F \_\_\_ Date of Birth: YMD \_\_\_\_\_  
お子様のお名前 性別 男 女 生年月日 年月日

Date of Anticipated Enrolment at New International School: \_\_\_\_\_  
ニューインターナショナルスクールへの入学希望日

Fill out the following information regarding previous illnesses the above student has experienced:  
お子様が以前かかったことのある病気について記入してください。

| ILLNESS                  | Date of Illness | ILLNESS      | Date of Illness | ILLNESS         | Date of Illness |
|--------------------------|-----------------|--------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 病名                       | かかった年・月         | 病名           | かかった年・月         | 病名              | かかった年・月         |
| Chicken Pox              | _____           | Hepatitis    | _____           | Rheumatic Fever | _____           |
| 水ぼうそう                    |                 | 肝炎           |                 | リウマチ熱           |                 |
| Measles                  | _____           | Encephalitis | _____           | Diphtheria      | _____           |
| はしか                      |                 | 脳炎           |                 | ジフテリア           |                 |
| Mumps                    | _____           | Pneumonia    | _____           | Strep Infection | _____           |
| おたふく風邪                   |                 | 肺炎           |                 | 溶連菌感染症          |                 |
| German Measles           | _____           | Tuberculosis | _____           |                 |                 |
| 風疹                       |                 | 結核           |                 |                 |                 |
| Infectious Mononucleosis | _____           | Other(s)     | _____           |                 |                 |
| 伝染性単核症                   |                 | その他          |                 |                 |                 |

MEDICAL HISTORY (Elaborate as necessary)  
既往歴 (「はい」と答えた方は、詳細をご記入ください。)

Asthma: Yes \_\_\_ No \_\_\_ \_\_\_\_\_  
ぜんそく はい いいえ

Seizures: Yes \_\_\_ No \_\_\_ \_\_\_\_\_  
発作 はい いいえ

If yes, type of seizure and frequency (「はい」と答えた方は、種類と頻度をご記入ください。)

Diabetes: Yes \_\_\_ No \_\_\_ \_\_\_\_\_  
糖尿病 はい いいえ

Immune Deficiency: Yes \_\_\_ No \_\_\_ \_\_\_\_\_  
免疫不全症 はい いいえ

Ear Infections: Yes \_\_\_ No \_\_\_ \_\_\_\_\_  
中耳炎 はい いいえ

Congenital abnormalities: Yes \_\_\_ No \_\_\_ \_\_\_\_\_  
先天性異常 はい いいえ

Emotional or behavioral Concerns: Yes \_\_\_ No \_\_\_ \_\_\_\_\_  
感情、行動障害 はい いいえ

Serious Injuries/Accidents: Yes \_\_\_ No \_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Type \_\_\_\_\_  
大きな怪我、事故 はい いいえ 年 種類

Resultant Limitations (if any) :

生活に制限がある場合は具体的に症状をご記入ください。

Major Surgery/Operations: Yes \_\_\_ No \_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Type \_\_\_\_\_  
大きな手術 はい いいえ 年 種類

Known Allergies (specify) Drug: \_\_\_\_\_ Reaction \_\_\_\_\_  
アレルギー (詳細をご記入ください。) 薬 症状  
Food: \_\_\_\_\_ Reaction \_\_\_\_\_  
食物 症状  
Other: \_\_\_\_\_ Reaction \_\_\_\_\_  
その他 症状

Medical procedures or physical assistance required during day: Yes \_\_\_ No \_\_\_  
医療処置もしくは身体的補助を必要としていますか。 はい いいえ  
(「はい」と答えた方は、詳細をご記入ください。)

Is your child currently under medication for any illness or condition? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
今現在、何かの病気で治療を受けていますか。 はい いいえ

If yes, what is the medication? \_\_\_\_\_  
「はい」と答えた方は、詳細をご記入ください。

I understand that if my child does not feel well at school or becomes ill, I will be contacted to come and pick him/her up as soon as possible. I also hereby give permission to New International School to take my child to a hospital or clinic if in the judgment of the school immediate or emergency care may be needed. Finally, I agree to take my child to a physician and/or to a professional counselor for full evaluation if the school suspects physical, learning or emotional difficulties.

子どもの具合が悪くなったり病気にかかったりした場合、学校から連絡があり次第、出来る限り早く子どもを迎えに行きます。また、ニューインターナショナルスクールが、緊急の診察や治療が必要であると判断した場合、学校が子どもを病院へ連れて行くことを許可します。最後に、学校が、身体、学習、または感情に障害の恐れがあると判断した場合は、いつでも診察を受けに子どもを医師や専門のカウンセラーへ連れて行きます。

The above form has been completed accurately to the best of our knowledge.

私の知る限り、この書類の記入内容に相違ありません。

Signature of Parent(s) completing this form: \_\_\_\_\_

本書類を記入された保護者の署名

Date: \_\_\_\_\_

日付