



保健関係 提出書類に ついて

東京学芸大学附属国際中等教育学校
保健室

保健調査FORM

- 必ず連絡が取れる電話番号
- 予防接種，既往歴，アレルギーを入力
- 心臓，腎臓，アレルギーなどがあり
学校で配慮が必要な場合は別途提出書類あり



後日、入学後にクラスと番号が
確定してから入力していただきます

9/1 (月) ~ 9/8 (月)

健康診断結果報告書

①日本の学校に在籍

→直接学校に送付されます

②すでに健康診断を受けている

(帰国時など)

→転記+原本のコピー

*ただし、未受診項目がある場合は医療機関を受診してください

③未受診の場合 →医療機関を受診

(山口医院:校医)

*編入生 胸部レントゲン4.5年生必須

心電図は全学年必須

聴力1.3.4年生必須

各項目それぞれの専門医療機関に行かなくてもかまいません。受診した医療機関で診断・記載していただいでください。

全員提出

東京学芸大学附属国際中等教育学校 校長殿

新1年生・4月編入生

健康診断結果報告書
Certificate of Health

年Grade		級Class	番No.	氏名Name			
生年月日Date of Birth: 西暦Year		年Year	月Month	日Day			
身長 Height							cm
体重 Weight							kg
栄養状態 Nutritional Status	異常なし Normal ・ 所見あり Impaired ()						
脊柱・胸郭・四肢 Spine, Thorax, Extremities	異常なし Normal ・ 所見あり Impaired ()						
皮膚疾患 Skin Diseases	異常なし Normal ・ 所見あり Impaired ()						
心臓疾患 Heart Disease	異常なし Normal ・ 所見あり Impaired ()						
心電図検査 Electrocardiogram (中等2,3,5,6年生のみ) 2nd,3rd,5th,6th grade only	異常なし Normal ・ 所見あり Impaired ()						
胸部X線撮影 Chest X-ray (中等5,6年生のみ) 5th,6th grade only	異常なし Normal ・ 所見あり Impaired ()						
視力 Eye sight	右 Right	裸眼 Without Glasses ()	矯正 Glasses or contact lenses ()				
	左 Left	裸眼 Without Glasses ()	矯正 Glasses or contact lenses ()				
眼の疾病及び異常 Ophthalmologic	異常なし Normal ・ 所見あり Impaired ()						
聴力 Hearing (中等1,3,4,6年生のみ) 1st,3rd,4th,6th grade only	右 Right	異常なし Normal ・ 所見あり Impaired ()					
	左 Left	異常なし Normal ・ 所見あり Impaired ()					
耳鼻咽喉疾患 Otolaryngology	異常なし Normal ・ 所見あり Impaired ()						
特記事項・既往症 Special note, History							
総合所見 Physician Comments Recommendations							

受診年月日 Date of Report 年 Year 月 Month 日 Day

医療機関名 Name of medical institution

医師名 Physician's Name

印 Signature

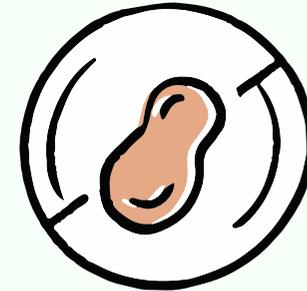
昨年4月以降に上記の項目を受診されている場合は、その結果をこの用紙に転記し、診断書の写しを添付してください。
診断書が外国語で記載されている場合は、保護者が日本語に訳してご記入ください。
If you have been examined for any of the above items since last April, please transcribe the results onto this form and attach a copy of the medical certificate. If the medical certificate is written in a foreign language, please have the guardian translate it into Japanese.
各項目それぞれの専門医療機関に行かなくても構いません。受診した医療機関にて診断・記載して頂いてください。
You do not have to go to a specialized medical institution for each item. Please have the diagnosis and description made at the medical institution you visited.

スポーツ振興センター 加入の同意について

学校管理下において発生した
傷病について、一定の条件のも
と医療費が全額支給されます。
基本的に、全校生徒に加入して
いただくことになっております
ので、必ずフォームよりご回答
ください。



例) 食物アレルギーがある
腎臓疾患がある
心臓疾患がある



学校生活で配慮が必要な疾患がある場合は
提出していただく用紙(学校管理指導票)があります。
必要な方はお申し出ください。

