



保健関係の提出書類について

東京学芸大学附属国際中等教育学校
保健室

保健調査 (Forms)



必ず連絡が取れる
電話番号



予防接種歴
(母子手帳で確認)



既往歴 (今まで
かかった病気など)



アレルギーの有無

入力期間

4/7 (火) ~4/10 (金)

*入学後に

クラスと出席番号が
確定してから



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 ()	
胸部レントゲン 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・既往歴 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。
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.

健康診断結果報告書

①日本の学校に在籍

→受診・提出なし

(小・中学校から直接学校に送付)

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

③未受診の場合 →医療機関を受診

(校医も可)

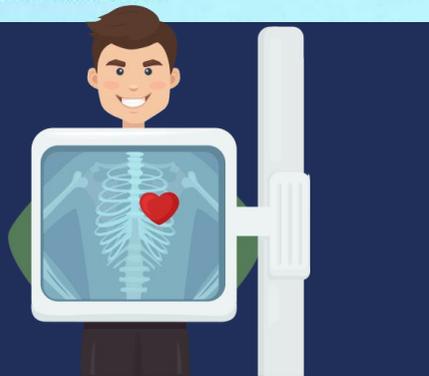
*ただし、未受診項目がある場合は

医療機関を受診してください

*編入生 胸部レントゲン5.6年生必須

心電図は2.3.5.6年必須

★4月に健康診断で1年生・4年生は検査を行うため



日本スポーツ振興センターの 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。

