



保健関係の提出書類について 《9月編入生》

東京学芸大学附属国際中等教育学校
保健室

保健調査 (BLEND 健康カルテ)



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

入力期間
9/1(火)~9/3(木)



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	異常なし Normal ・ 所見あり Impaired ()
胸部X線撮影 Chest X-ray (中等4,5,6年生のみ) 4th, 5th, 6th grade only	異常なし Normal ・ 所見あり Impaired ()
尿 (試験紙法) Urinalysis	蛋白Proteinuria() 糖Glycosuria() 潜血Occult blood() 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

今年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 had any of the above medical examinations since April of this year, 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

※水色ではなく白色です

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+原本のコピーを提出

③未受診の場合

→医療機関を受診 (学校医も可)

*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

*胸部レントゲン 4,5,6年生は必須



結核健診問診票

前期課程（1，2，3年生のみ）の方は必ずご回答ください。

特に海外から帰国した方は、質問4のすべての項目にもれなくご回答ください。

保護者記入日	年 月 日	※必ず記入してください	
学校名	東京学芸大学附属国府中学教育学校	氏 名	
年・組・番	年 組 番	保護者氏名	

★質問1から5については必ず記入してください

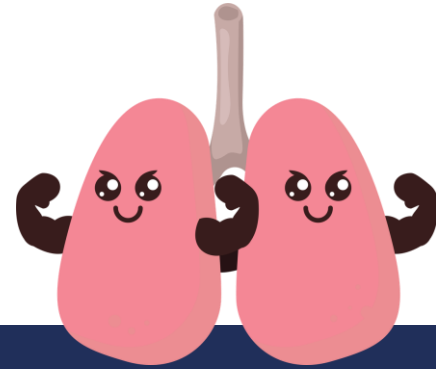
調査内容		どちらかに○をつけてください	
質問1	お子様が、いまだに結核菌の感染（例、肺結核、胸腺炎または肺腺炎、咽頭のシヤビ菌結核）にかかったことがありますか？	※ はい	いいえ
※「はい」の場合はいずれかに○をつけてください。現在→治療中・観察中・既往（年 月頃治療終了）			
質問2	お子様が、生まれてから家族や同居人で結核にかかった人がありますか？	※ はい	いいえ
※「はい」と答えた方へ その際、このお子様はいつ頃どのような検査をお受けになりましたか？（いずれかに○をつけてください） ツベルクリン反応検査・胸腺X線検査・血漿（QFT）検査（年 月頃）			
質問3	お子様が、いまだに結核に感染を受けたとして予防のお薬を飲んだことがありますか？	※ はい	いいえ
※「はい」の場合はいずれかに○をつけてください。現在→治療中・観察中・既往（年 月頃治療終了）			
質問4	お子様が、過去3年以内に帰国して半年以上、外国に滞在していたことがありますか？	※ はい	いいえ
※「はい」と答えた方へ それほどこの国ですか？ （国名） 滞在期間 年 月 ～ 年 月 （国名） 滞在期間 年 月 ～ 年 月			
質問5	お子様が、この2週間以上「せき」や「たん」が続いていませんか？	※ はい	いいえ
※「はい」と答えた方へ その「せき」や「たん」で医療機関において、治療や検査を受けていますか？ ぜんそく、ぜんそく性気管支炎などいわれていますか？			

★質問6は小学校1年生のみお答えください			
質問6	お子様は、いまだにBCGの接種（スラング式の新法接種）を受けていますか？（母子健康手帳で確認してください）	はい	いいえ
※「はい」と答えた方へ それはどうしてですか？		はい	いいえ

学校医記入欄	
★質問6（せき・たん・結核）について記入してください	
実病日	年 月 日 電話調査なし（西見あり）
症状は消失していますか？	月 日より消失・消失していません
医療機関を受診していますか？	月 日に受診した・医療機関は受診していません
受診している場合、その結果はどのようなものでしたか？	結果なし・西見あり（ ）
その他何かあれば記入してください	
学校医意見	⇒ 結核検査：要・不要・結核対策委員会の判断に委ねる（医師名： ） （前・中・後の検査）

結核対策委員会記入欄	
委員会意見	精密検査不要 要精密検査（ ） （医師名： ） 委託先 公益財団法人結核予防会 総合健診推進センター

2021/10月改定



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。

