

体験入学保健調査票

(記入日： 年 月 日)

ふりがな 児童生徒名		生年月日	
体験入学予定期間 年 月 日 () ~ 年 月 日 () 【 】日間			
＜入国日＞ 年 月 日		＜出国日＞ 年 月 日	
＜日本滞在中の主な住所＞			
＜日本滞在中の主な電話連絡先＞			
＜体調について＞ (1) アレルギーなどがありますか？ (ある ・ ない) (1) で【ある】の場合、 ① 種類 (食物・アナフィラキシー・喘息・皮膚炎・結膜炎・鼻炎) ② アレルゲンなど () ③ 症状 () ④ 対応 () (2) その他、治療中の病気や健康面で配慮が必要なこと等、学校へ伝えておいた方が良いことがあればご記入ください。 			
＜予防接種歴について（接種日）＞ (1) BCG () (2) 麻疹・風疹 1回目 () / 2回目 () (3) その他受けている予防接種 			
＜結核について＞ (1) 現在住んでおられる国はどちらですか？ () (2) 過去3年以内に通算して半年以上外国に住んでいますか？ (はい ・ いいえ) (3) この度入国されたのはいつですか？ (年 月 日に入国) (4) 「体験入学 結核に関するフローチャート」(児生支－3)の結果に○をつけ、フローチャートに従ってご対応ください。 (A ・ B ・ C ・ D ・ E ・ F)			
受診された場合は、結果を以下に保護者がご記入ください。 ◆受診された医療機関 () ◆受診日 (年 月 日) ◆診察の内容・指示など(体験入学についての可否) 			