GOLDEN MIND ACHIEVERS
INTERNATIONAL SCHOOL
Chatan Tel/Fax 098-989-9808
Uruma Tel/Fax 098-989-6867
goldenmindachievers.com

園児健診票
Student Medical Checkup Form

クラス
CLASS: ____________________

園児名
NAME: ____________________ 男 male 女 female

Medical Questionnaire

・Parent's/Guadian's please fill in below

Month/月 Day/日 Year/年
Date of Birth/生年月日: . . Age/年齢: Years/歳 Month/ヶ月

Height/身長 cm Body Weight/体重 Kg Head Posture/頭囲 cm/

Birth/出産 ☐ Normal ☐ Caesarian (Details:

Hives/体質 ☐ No ☐ Yes (☐Medicines ☐Foods ☐Unknown)

歩き始めた時期
When did he/she start walking: years old/歳 month/ヶ月

言葉 言葉の発達が、、 気にならない 気になる
Language Language Development ☐ Not Concern ☐ Concern

Immunization/予防接種: ※Please check boxes
☐小児用肺炎球菌 (☐1回 ☐2回 ☐3回 ☐4回) ☐B型肝炎 (☐1回 ☐2回 ☐3回)
☐Pediatric pneumococcal vaccine (☐once ☐twice ☐three times ☐forth) ☐hepatitis b (☐once ☐twice ☐three)
☐ヒブ[インフルエンザ菌B型] (☐1回 ☐2回 ☐3回 ☐一期追加) ☐BCG=
☐Hibu vaccine (☐once ☐twice ☐three times ☐forth) ☐BCG = tuberculusis
☐4種混合 (☐1回 ☐2回 ☐3回) ☐MR (☐1期 ☐2期)
☐DPT-IPV(☐once☐twice☐three times☐Addition complete) ☐Measles Rubella mixed(☐once ☐twice)
☐水痘 (☐1回 ☐2回) ☐日本脳炎 (☐1回 ☐2回 ☐3回)
☐Varicella (☐once ☐twice) ☐Japanese encephalitis V(☐once ☐twice ☐additional)
☐ロタウイルス (☐1回 ☐2回 ☐3回) ☐おたふくかぜ ☐インフルエンザ
☐Rotavirus(☐once ☐twice ☐three times) ☐Mumps ☐Influenza
☐DPT[三種混合]. ☐IPV[ポリオ]
☐DPT: Diphtheria, Pertussis, Tetanus ☐DPT-IPV:Diphtheria, Pertussis, Tetanus,Polio

Medical history/病歴:
☐Measles/麻疹 ☐Varicella/水痘 ☐Mumps/おたふくかぜ ☐Whooping cough/百日咳 ☐Rubella/風疹
☐MCLS/川崎病
☐Asthma/喘息 ☐Atopic/アトピー ☐Otitis media/中耳炎 ☐Kidney disease/腎臓病 ☐Heart disease/心臓病

けいれん (最後に起こしたのは 年 月 日))
☐Cramps (when?)
その他
☐the others ( )

現在かかっている病気
currently undergoing treatment for any diseases?

アレルギー (食べ物・薬など)
allergic to any foods or medications?

最近かかった主な病気
any previous diseases?

Please do not fill in this column below(doctor's only)/医師記入欄:

Examination items/診察:	
①Physique/体格	☐ Large/大がら ☐ Petite/小がら ☐ Normal/異常なし
②Nutritional status/栄養状態	☐ Obesity/肥満傾向 ☐ Skinny/やせ傾向
③Morphological/形態異常	☐ abnormal condition/病的
④Skin abnormality/皮膚異常	☐Atopic/アトピー ☐Eczama/湿疹 ☐Water wart/水イボ ☐Contagious impetigo/とびひ ☐Blood vessels/血管
⑤Abnormal heart murmur/心雑音	☐ Functional/機能的 ☐Non-Functional/病的
⑥Stomach/腹部	☐ abnormal condition/異常
⑦Neurologic finding and Motor function /神経学的所見及び運動機能	☐border/境界 ☐Abnormal/異常( )
⑧Eye/眼	☐Abnormal condition/異常( )
⑨ Hard of hearing/聴覚	☐ Suspicion/難聴疑い ☐ Deafness/難聴
⑩the others/その他	

Result/判定

☐Normal/異常なし ☐Follow-up/経過観察 ☐Require further tests/要精査
☐Require treatment/要治療 ☐Continue treatment/治療継続

項目番号または所見名
items # ( )( )( )( )

指導事項・その他:
☐ 1歳半健診へ/18 months check-up
☐ 3歳児健診へ/3 years old check-up
☐ 市町村の発達相談へ/Municipal Developmental Consultation

その他

Need treatment/要精査、要治療の紹介科
☐ Pediatrics/小児科
☐ Dermatology/皮膚科
☐ Otolaryngology/耳鼻咽喉科
☐ Urology/泌尿器科
☐ Ophthalmology/眼科
☐ Orthopedic surgery/整形外科
☐ Support Center for Developmental Disorders /療育医療センター
others/その他( )科

Required vaccine（予防接種指導）:
☐BCG ☐MR ☐Polio（ポリオ） ☐DPT
☐DPT-IPV ☐Japanese encephalitis（日本脳炎）
☐Hib/ヒブ
☐Pediatric pneumococcal vaccine/小児用肺炎球菌
☐Hepatitis b/B型肝炎
☐Mumps/おたふくかぜ ☐Chicken pox/水痘

Date of Examination/健診日: ____________________

Signature by Doctor/診察医サイン: ____________________

Only for GMAIS Usage