

年 月 日  
Año Mes Día

1年生保護者様

Sres. Padres de familia del 1er grado

\_\_\_\_\_  
学校 校長  
Nombre de la escuela Director:

保健調査票の記入について (お願い)

## PETICIONES ACERCA DE CÓMO LLENAR EL CUESTIONARIO DE SALUD

ご入学おめでとうございます。

さて、新年度を迎え定期健康診断を実施いたします。

つきましては、定期健康診断及び日常の健康管理の参考にしますので、下記により保健調査票に必要事項をご記入の上、 月 日 ( ) までに学級担任へ提出いただきますようお願いいたします。 / ¡Felicitaciones por su ingreso!

Realizaremos exámenes médicos al principio del año escolar, por lo tanto le solicitamos llenar el presente cuestionario y entregarlo al profesor titular del aula antes del día ( ) del mes de ( ). Esta tarjeta se utilizará solamente para el examen médico y el control de la salud dentro de la escuela.

### 記

#### Detalles

- すべての健康診断の間診となるものです。㊦扱いとさせていただきますので、正確に記入してください。Este cuestionario es para todos los exámenes médicos, le rogamos escribir los datos correctamente. Todos los datos escritos serán estrictamente confidenciales.
  - 「予防接種」の欄は、特に、記入もれのないように記入をお願いします。  
Por favor, escriba sin omisiones todos los datos sobre el historial de vacunaciones.
  - アレルギーにより、病院でアドレナリン自己注射薬 (エピペン) を処方されている場合はお知らせください。  
En caso que le hayan recetado la auto inyección de adrenalina ( Epipen ) contra la alergia, por favor avise a la escuela.
  - 記入する上で、何か不明な点がありましたら、学級担任または養護教諭までご連絡ください。  
Si tuviera alguna duda sobre la manera de llenar el formulario, por favor consultar con el profesor titular del aula o el profesor encargado de enfermería.
- ※ 保健調査票は、定期健康診断及び日常の健康管理以外には使用しません。  
El cuestionario de Salud no se utilizará para motivos fuera de exámenes médicos y controles de la salud dentro de la escuela.
- ※ 国によっては予防接種などの制度が違う場合もありますので、書ける範囲で記入し、何か不明な点がありましたら、学級担任または養護教諭までご連絡ください。  
Como puede haber diferencias entre las normas de vacunación de cada país, por favor escriba sólo lo que le es posible. Si tiene alguna duda, por favor comuníquese con el profesor titular del aula ó con el profesor encargado de enfermería.

保 健 調 査 票

Cuestionario de Salud

保護者の方へ

Sres. Padres de Familia

この調査票は、学校医による健康診断および学校における健康管理に必要なものですから正しく記入してください。なお、目的以外には使用しません。直接伝えたいことがありましたら、担任または養護教諭までご連絡ください。

Este cuestionario es muy importante para el examen médico efectuado por el médico escolar y el control de salud dentro de la escuela , por tal motivo, se le ruega escribir los datos correctamente.

El cuestionario no se utilizará para otros motivos .

学 校 名 Nombre de la escuela							
生徒/児童 氏 名 Nombre del Alumno/a	男 Hombre 女 Mujer			生年月日 Fecha de nacimiento		年 月 日 / / (Año Mes Día)	
学 年 組 Grado y Grupo	1-	2-	3-	4-	5-	6-	
男女別番号 Número de distinción de sexo.							

保健調査票 小学校用

氏名 Nombre	男・女 Hombre / Mujer
--------------	-----------------------

小学校用 Para Primaria
-----------------------

1. 今までにかかった病気やけが \*番号を○でかこみ、かかった時の年齢を記入してください。  
 Historia clínica de las enfermedades y las lesiones padecidas \*Por favor marque con un círculo en el espacio correspondiente.

1	心臓の病気 (病名) Enfermedad cardiaca (Nombre de la enfermedad)	才 Edad	7	難聴 Dificultad para oír	才 Edad
2	腎臓の病気 (病名) Enfermedad renal (Nombre de la enfermedad)	才 Edad	8	麻疹 (はしか) Sarampión	才 Edad
3	喘息 Asma	才 Edad	9	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) Paperas	才 Edad
4	川崎病 Enfermedad de Kawasaki	才 Edad	10	水痘 (みずぼうそう) Varicela	才 Edad
5	ひきつけ・けいれん Convulsiones - Calambres	才 Edad	11	風疹 (三日ばしか) Rubéola	才 Edad
6	弱視(0.2以下で矯正不能)右・左 Ambliopía (Imposibilidad de la corrección por menos de 0.2 de la vista )derecha-izquierda	才 Edad	12	その他 ( ) Otros ( )	才 Edad

2. 予防接種 \*母子手帳を参考に予防接種を受けたものに○をつけ、内容を記入してください。  
 /Vacunación \*Por favor marque con un círculo en la vacuna correspondiente, de acuerdo con su tarjeta de maternidad.

ヒブ Hib		ポリオ (生・不活化) Plio (vivo / inactivado)		水痘 Varicela		
1回目 1era vez	年 月 日 año mes día	1回目 1era vez	年 月 日 año mes día	1回目 1era vez	年 月 日 año mes día	
2回目 2da vez	年 月 日 año mes día	2回目 2da vez	年 月 日 año mes día	2回目 2da vez	年 月 日 año mes día	
3回目 3era vez	年 月 日 año mes día	3回目 3era vez	年 月 日 año mes día	日本脳炎 Encefalitis japonesa		
4回目 4ta vez	年 月 日 año mes día	追加 Suplemento	年 月 日 año mes día	1回目 1era vez	年 月 日 año mes día	
小児用肺炎球菌 Neumococo para niños		①生ワクチン2回で終了 1. El polio vivo ha terminado por 2 veces ②不活化ワクチン4回で終了 2. El polio inactivado ha terminado por 4 veces ※不活化ポリオは四種混合に含まれています。 *El polio inactivado esta' incluido en la vacuna cua'druple.		2回目 2da vez	年 月 日 año mes día	
1回目 1era vez	年 月 日 año mes día	BCG		追加 Suplemento	年 月 日 año mes día	
2回目 2da vez	年 月 日 año mes día			その他で接種した予防接種 (インフルエンザを除きます) Otra vacunacio'n que se ha vacunado(Exceptua la Influenza )		
3回目 3era vez	年 月 日 año mes día			おたふくかぜ Paperas		① 年 月 日 año mes día
4回目 4ta vez	年 月 日 año mes día			② 年 月 日 año mes día		
(三種・四種)混合 Vacuna triple/ Vacuna cua'druple		年 月 日 año mes día		B型肝炎 Hepatitis B		
1回目 1era vez	年 月 日 año mes día	麻しん風しん混合 Sarampio'n/rube'ola		① 年 月 日 año mes día		
2回目 2da vez	年 月 日 año mes día	1期 1er periodo	年 月 日 año mes día	② 年 月 日 año mes día		
3回目 3era vez	年 月 日 año mes día	2期 2do periodo	年 月 日 año mes día	③ 年 月 日 año mes día		
追加 Suplemento	年 月 日 año mes día			その他 Otros		

※1 三種混合ではなく四種混合で接種した方は、三種混合とポリオ(不活化)の欄に同じ接種日を記入  
 \*1 La persona que ha recibido la vacuna cuádruple vírica en vez de la triple, marque la triple y la de polio inactivo.  
 ※2 ポリオは経口生ワクチンと不活化ワクチンの2種類あり  
 \*2 La vacuna de polio tiene 2 tipos, la viva y la inactiva.  
 生2回、生1回+不活化3回、不活化4回のいずれかであれば接種完了  
 Si se ha vacunado 2 veces de la vacuna viva ó 1 vez de la vacuna viva y 3 veces de la vacuna inactivada ó 4 veces de la vacuna inactivada, la vacuna está completa.  
 ※3 単抗原の予防接種を受けた場合は記入  
 \*3 La persona que ha recibido la vacuna única antígeno, por favor escríbalo.

3. アレルギー疾患について

**Sobre enfermedades alérgicas.**

※該当する場合は○(過去1年内にその病気で受診している場合は◎), 該当しない場合はチェック (v) をつけてください。

Marque con un círculo ○ donde corresponde (en caso de que haya consultado al médico por la enfermedad correspondiente en el transcurso del último año, marque ◎) , donde no corresponda , marque (v) por favor .

	1年 1er grado	2年 2do grado	3年 3er grado	4年 4to grado	5年 5to grado	6年 6to grado
食物アレルギーがある。 Tengo alergia a algún alimento .						
アレルギー性鼻炎の診断を受けている。 Se ha diagnosticado Rinitis alérgica .						
アレルギー性結膜炎の診断を受けている。 Se ha diagnosticado Conjuntivitis alérgica .						
アトピー性皮膚炎の診断を受けている。 Se ha diagnosticado Dermatitis alérgica .						
ぜんそくの診断を受けている。 Se ha diagnosticado Asma.						
その他( ) Otros ( )						

4. 学校生活において健康上注意すること

**Precauciones a tomar sobre la salud de su hijo(a) en la vida escolar. .**

学年の欄の有無に○をし、有の場合は右欄に詳しく記入してください。

Favor de marcar con un círculo en Si o No del espacio de su grado.En caso de que haya marcado en Si , escriba lo que quiere decir en el casillero derecho.

例 Ejemplo	有・無 Si /No	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 体育、水泳、校外学習や日常生活などで注意すること</li> <li>-Precauciones a tomar en la educación física,natación,excursiones,etc.</li> <li>・ 現在通院中の病気について (病名、病院名、服薬の有無、経過等)</li> <li>-Si está en tratamiento médico( Nombre de enfermedad, nombre del hospital,tiene o no medicina recetada,progreso del tratamiento,etc.)</li> <li>・ アレルギーの原因、症状、対応など</li> <li>-Causa de la alergia,síntomas,medidas a tomar,etc.</li> </ul>			
1年 1er grado	有・無 Si /No		4年 4to grado	有・無 Si /No	
2年 2do grado	有・無 Si /No		5年 5to grado	有・無 Si /No	
3年 3er grado	有・無 Si /No		6年 6to grado	有・無 Si /No	

氏名 Nombre		男・女 Hombre / Mujer	中学校用 Para escuela media
--------------	--	-----------------------	----------------------------

1. 今までにかかった病気やけが \*番号を○でかこみ、かかった時の年齢を記入してください。  
 Historia clínica de las enfermedades y las lesiones padecidas \*Por favor marque con un círculo en el espacio correspondiente .

1	心臓の病気 (病名) Enfermedad cardiaca (Nombre de la enfermedad)	才 Edad	7	難聴 Dificultad para oír	才 Edad
2	腎臓の病気 (病名) Enfermedad renal (Nombre de la enfermedad)	才 Edad	8	麻疹 (はしか) Sarampión	才 Edad
3	喘息 Asma	才 Edad	9	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) Paperas	才 Edad
4	川崎病 Enfermedad de Kawasaki	才 Edad	10	水痘 (みずぼうそう) Varicela	才 Edad
5	ひきつけ・けいれん Convulsiones - Calambres	才 Edad	11	風疹 (三日ばしか) Rubéola	才 Edad
6	弱視 (0.2以下で矯正不能) 右・左 Ambliopía (Imposibilidad de la corrección por menos de 0.2 de la vista) derecha-izquierda	才 Edad	12	その他 ( ) Otros ( )	才 Edad

2. 予防接種 \*母子手帳を参考に予防接種を受けたものに○をつけ、内容を記入してください。  
 /Vacunación \*Por favor marque con un círculo en la vacuna correspondiente, de acuerdo con su tarjeta de maternidad .

種類 Tipo de vacuna	接種状況 Estado de vacunación	未実施 no recibida	不明 no se sabe
1	BCG 年 月 日 año mes día		
2	三種混合 Vacuna triple (ジフテリア・百日せき・破傷風) Difteria/Tos ferina/Tétanos	1 期初回 1er periodo	1 期追加 1er periodo adicional
	年 月 日    年 月 日    年 月 日    年 月 日 Año mes día    Año mes día    Año mes día    Año mes día		
3	ポリオ (経口生) Vacuna de polio (oral)	1 回目    年 月 日 1era vez    Año mes día	2 回目    年 月 日 2da vez    Año mes día
4	麻しん風しん混合 (MR) Sarampión y Rubéola(MR)	1 期    年 月 日 1er periodo : Año mes día	
	麻しん風しん混合 (MR) Sarampión y rubeola(MR)	2 期    年 月 日 2do periodo : Año mes día	
5	日本脳炎 Encefalitis japonesa	1 期初回 1er periodo 1era vez	1 期追加 1er periodo adicional
		年 月 日    年 月 日    年 月 日    年 月 日 Año mes día    Año mes día    Año mes día    Año mes día	
6	二種混合 (ジフテリア・破傷風) Vacuna toxoide -Diftotetano (Difteria - Tétanos)	年 月 日 año mes día	
7	その他 Otras (ワクチン名) (Nombre de la vacuna)	年 月 日 ( ) ・ 年 月 日 ( ) año mes día ( ) ・ año mes día ( )	
		年 月 日 ( ) ・ 年 月 日 ( ) año mes día ( ) ・ año mes día ( )	
		年 月 日 ( ) ・ 年 月 日 ( ) año mes día ( ) ・ año mes día ( )	

※その他は水痘・おたふくなどを記入してください。

\* vacunas de varicela,paperas,etc.

3. アレルギー疾患について  
enfermedades alérgicas

※該当する場合は○(過去1年内にその病気で受診している場合は◎), 該当しない場合はチェック (v)をつけてください。

\* Marque con un círculo o donde corresponde (en caso de que haya consultado al médico por la enfermedad correspondiente en el transcurso del último año, marque ◎) ,donde no corresponda , marque ✓ por favor .

	1年 1er grado	2年 2do grado	3年 3er grado
食物アレルギーがある。 Tengo alergia a algún alimento .			
アレルギー性鼻炎の診断を受けている。 Se ha diagnosticado Rinitis alérgica .			
アレルギー性結膜炎の診断を受けている。 Se ha diagnosticado Conjuntivitis alérgica .			
アトピー性皮膚炎の診断を受けている。 Se ha diagnosticado Dermatitis alérgica .			
ぜんそくの診断を受けている。 Se ha diagnosticado Asma.			
その他( ) Otros ( )			

4. 学校生活において健康上注意すること

Precauciones a tomar sobre la salud de su hijo(a) en la vida escolar. .

学年の欄の有無に○をし、有の場合は右欄に詳しく記入してください。

Favor de marcar con un círculo en Si o No del espacio de su grado.En caso de que haya marcado en Si , escriba lo que quiere decir en el casillero derecho.

例 Ejemplo	有・無 Si /No	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 体育、水泳、校外学習や日常生活などで注意すること</li> <li>-Precauciones a tomar en la educación física,natación,excursiones,etc.</li> <li>・ 現在通院中の病気について (病名、病院名、服薬の有無、経過等)</li> <li>-Si está en tratamiento médico( Nombre de enfermedad, nombre del hospital,tiene o no medicina recetada,progreso del tratamiento,etc.)</li> <li>・ アレルギーの原因、症状、対応など</li> <li>-Causa de la alergia,síntomas,medidas a tomar,etc.</li> </ul>
1年 1er grado	有・無 Si /No	
2年 2do grado	有・無 Si /No	
3年 3er grado	有・無 Si /No	

5. 現在の健康状態 Estado actual de salud.

項目のあてはまるものに○、あてはまらないものに☑を該当学年の欄に記入してください。

Favor de marcar con un círculo ○ donde corresponde, y con ☑ donde no corresponde

		1年 1er grado	2年 2do grado	3年 3er grado	4年 4to grado	5年 5to grado	6年 6to grado			
内科	Medicina interna	結核 Tuberculosis	1 結核性の病気にかかったことがある Ha tenido enfermedad tuberculosa .	いいえ (no) ・ はい (si)	いいえ (no) ・ はい (si)	いいえ (no) ・ はい (si)	いいえ (no) ・ はい (si)	いいえ (no) ・ はい (si)	いいえ (no) ・ はい (si)	
				年 (año) 月頃 (mes)	年 (año) 月頃 (mes)	年 (año) 月頃 (mes)	年 (año) 月頃 (mes)	年 (año) 月頃 (mes)	年 (año) 月頃 (mes)	
			2 結核の感染を受けたとして予防薬を飲んだ Ha tomado medicina preventiva por el posible contagio de tuberculosis .	いいえ (no) ・ はい (si)	いいえ (no) ・ はい (si)	いいえ (no) ・ はい (si)	いいえ (no) ・ はい (si)	いいえ (no) ・ はい (si)	いいえ (no) ・ はい (si)	いいえ (no) ・ はい (si)
				年 (año) 月頃 (mes)	年 (año) 月頃 (mes)	年 (año) 月頃 (mes)	年 (año) 月頃 (mes)	年 (año) 月頃 (mes)	年 (año) 月頃 (mes)	
			3 結核の治療を受けた人と接したことがある Ha tenido contacto con alguien que ha recibido tratamiento para la tuberculosis .	いいえ (no) ・ はい (si)	いいえ (no) ・ はい (si)	いいえ (no) ・ はい (si)	いいえ (no) ・ はい (si)	いいえ (no) ・ はい (si)	いいえ (no) ・ はい (si)	いいえ (no) ・ はい (si)
年 (año) 月頃 (mes)	年 (año) 月頃 (mes)	年 (año) 月頃 (mes)		年 (año) 月頃 (mes)	年 (año) 月頃 (mes)	年 (año) 月頃 (mes)	年 (año) 月頃 (mes)			
4 過去3年以内に 通算して半年以上 外国にいたことがある Ha estado en un Pais extranjero por más de 6 meses(sumados) en los ultimos 3 años .	「はい」 の場合 En caso que Sí	外国にいた時期 ¿Cuándo estuvo ?	年 (año) 月頃 (mes)	年 (año) 月頃 (mes)	年 (año) 月頃 (mes)	年 (año) 月頃 (mes)	年 (año) 月頃 (mes)	年 (año) 月頃 (mes)		
		どこの国 ¿En qué país ?	国名： nombre del país	国名： nombre del país	国名： nombre del país	国名： nombre del país	国名： nombre del país	国名： nombre del país		
5 現在、2週間以上 「咳や痰」が続いている Ahora tiene tos ó flema por más de 2 semanas .	「はい」 の場合 If yes,	医療機関の受診の有無 ¿Consultó al médico?	有 (Si) ・ 無 (No)	有 (Si) ・ 無 (No)	有 (Si) ・ 無 (No)	有 (Si) ・ 無 (No)	有 (Si) ・ 無 (No)	有 (Si) ・ 無 (No)		
		ぜんそく・ぜん息性気管支炎といわれた Tiene asma y/ó bronquitis asmática	有 (Si) ・ 無 (No)	有 (Si) ・ 無 (No)	有 (Si) ・ 無 (No)	有 (Si) ・ 無 (No)	有 (Si) ・ 無 (No)	有 (Si) ・ 無 (No)		
			いいえ (no) ・ はい (si)	いいえ (no) ・ はい (si)	いいえ (no) ・ はい (si)	いいえ (no) ・ はい (si)	いいえ (no) ・ はい (si)	いいえ (no) ・ はい (si)		

				1年 1er grado	2年 2do grado	3年 3er grado	4年 4to grado	5年 5to grado	6年 6to grado
内科 I Medicina interna	一般 General	1	熱を出しやすい ¿Tiene fiebre con frecuencia?						
		2	頭痛をおこしやすい ¿Tiene dolor de cabeza a menudo?						
		3	下痢や腹痛をおこしやすい ¿Tiene dolor de estomago y diarrea a menudo?						
		4	1年以内に喘息の発作がおきたことがある ¿Ha tenido ataque de asma el último año?						
		5	少しの運動でも、すぐ苦しがる ¿Le cuesta respirar cuando hace aunque sea un poco de ejercicio?						
		6	体のふしぶしが痛んだり腫れたりする ¿Le duelen ó se le inflaman las articulaciones?						
		7	1年以内にひきつけをおこしたことがある ¿Ha tenido convulsiones el último año?						
		8	めまいがしたり、気持ちが悪くなったりする ¿A veces tiene mareos ó malestar?						
		9	顔やまぶたがむくむ ¿Se le inflama la cara ó los párpados?						
		10	その他 Otros ( )						
眼科 Oftalmología		1	めやにや涙がでやすい ¿Le salen legañas o lágrimas con frecuencia?						
		2	眼が充血したり、かゆかったりする ¿Se le enrojecen los ojos ó le pican con frecuencia?						
		3	眼を近づけて見る、眼を細める ¿Tiene que acercarse demasiado ó achica los ojos para ver bien?						
		4	その他 Otros ( )						
歯科 Odontología		1	歯ぐきが腫れたり血が出ることもある ¿A veces se le inflaman ó sangran las encías?						
		2	歯並びが気になる ¿Le preocupa la formación de los dientes?						
		3	噛むときに、あごが痛んだり音がする ¿Le duele ó suena la mandíbula al masticar?						
		4	その他 Otros ( )						
耳鼻科 Otorrinolaringología	耳 Oído	1	テレビの音を大きくしたり近くによって聞く ¿Sube mucho el volumen ó se acerca demasiado a la televisión?						
		2	耳がつまった感じや耳鳴りがする ¿Siente el oído tapado ó escucha zumbidos?						
		3	耳から水やうみがでることがある ¿Segrega líquido ó pus del oído?						
	鼻 Nariz	4	いつも黄色や緑色の濃い鼻水がでている ¿Tiene siempre mocos verdes ó amarillos?						
		5	鼻が詰まったり、くしゃみがでる ¿Se le tapa la nariz ó estomuda con frecuencia?						
		6	鼻血がよくでる ¿Tiene hemorragia nasal a menudo?						
	喉 Garganta	7	よくのどが痛くなって38℃以上の熱がでる ¿Tiene dolor de garganta ó fiebre de más de 38°C a menudo?						
		8	いびきをかく ¿Ronca?						
		9	口を開けていることが多い ¿Siempre está con la boca abierta?						
		10	声がいつもかすれている ¿Siempre tiene la voz ronca?						
		11	その他 Otros ( )						