



児童家庭調査票
Family Background Questionnaire

児 童 Student	ふりがな 氏 名 Name		男・女 Boy / Girl	Date of Birth 年 月 日生 Year Month Day		
	現住所 Address			TEL		
	(変更) Changed address			TEL		
保護者 Parent	ふりがな 氏 名 Name		児童との続柄 Relationship to child			
緊急連絡先 Person to Contact in case of Emergency		(父) Name of Father		TEL		
		(母) Name of Mother		TEL		
入学前の経歴 Student's History Before Entering School		平成 年 月 ~ 平成 年 月 _____ 幼稚園・保育園 From Year Month To Year Month At _____ Kindergarten/ _____ Nursery School 新1年生のみご記入ください Note: Only fill in if your child is a newly enrolled student.				
外国での生活 Experience Living Overseas		才 ~ 才 From the age of _____ To the age of _____ 国名(_____) 学校名(_____) Name of the country Name of the school				
日本語の能力 Japanese Ability (Please check)	児 童 Student	日常会話 Daily conversation ひらがな Hiragana	できない Poor 読める Able to read	少しできる Fair 読めない Not able to read	できる Good	
	保護者 Parents	日常会話 Daily conversation ひらがな Hiragana	できない Poor 読める Able to read	少しできる Fair 読めない Not able to read	できる Good	
健康状態 State of Health						
学校に対する要望 Request(s) to School						

この調査は学校以外には秘密しますので事実を正しく記入してください。

緊急連絡先が変更になった場合には、すぐに担任まで連絡してください。

The information on this questionnaire is kept confidential, so please fill it out accurately.

Please inform the classroom teacher immediately if there are any changes in emergency contacts.



健康調査票
Health Condition Questionnaire

ふりがな 児童氏名 Student Name		男・女 Boy / Girl	Date of Birth 年 月 日 Year Month Day
------------------------------	--	-------------------	--

1. 既往症（今までにかかった病気等） History of Past Illness

病気・けがの名前 Name of Illness or Injuries	かかった年齢 At what age was it contracted?	現在の様子・治療の経過等 Present Condition/Progress after Treatment:
はしか Measles	才	
ひきつけ Convulsions	才	
心臓病 Heart Ailment	才	
アトピー性皮膚炎 Atopic Skin Disease	才	
ぜんそく Asthma	才	
結核 Tuberculosis (TB)	才	
その他 Other(s)	才	

2. 予防接種（母子手帳を参照してください。）

History of Immunizations (Please refer to your Health-Record Book)

ツベルクリン反応 検査 TB Reaction Test	＋・－（ 年 月 日） year month day	B C G	なし・あり（ 年 月 日） Given/Not Given year month day
三種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風） Combined Immunization (3 kinds): Diphtheria, Pertussis and Tetanus	1回目（ 年 月 日） 1 st year month day 2回目（ 年 月 日） 2 nd 3回目（ 年 月 日） 3 rd	日本脳炎 Japanese Encephalitis	1回目（ 年 月 日） 1 st year month day 2回目（ 年 月 日） 2 nd
二種混合（ジフテリア・破傷風） Combined Immunization(2 kinds): Diphtheria and Tetanus	1回目（ 年 月 日） 1 st 2回目（ 年 月 日） 2 nd	その他接種したものを○ で囲んでください。 Please circle those your child has been given, if any.	はしか Measles ・風疹 Rubella ・ MMR ・おたふくかぜ Mumps ・ 水ぼうそう Chickenpox ・ ポリオ Polio



3. 該当項目があれば○をつけてください。

Please circle the conditions that apply.

	現在の様子 Present Condition	
内科 Internal Problems	顔色が悪い Looking pale	
	湿疹・じんましんがしやすい Inclined to have eczema/rash	
	下痢・腹痛を起こしやすい Inclined to have diarrhea/stomach pain	
	熱を出しやすい Inclined to have fevers	
	背骨が曲がっているように思われる Spine looks curved.	
	薬のアレルギーがある 薬品名 () Allergic reaction to medicine (name of the medicine)	
	食べ物のアレルギーがある 食品名 () Allergic reaction to food (name of the food)	
耳鼻科 Ear-Nose-Throat Problems	耳の聞こえが悪い Hard of hearing	
	鼻血が出やすい Inclined to have nose bleeds	
	鼻づまりがある Stuffed nose	
	いびきをかく Snoring	
	アレルギーがある 原因 () Allergy The cause	
眼科 Eye Problems	物を見るとき目を細めたり近づけたりする Squinting or having to put object close to eyes in order to see clearly	
	まぶしくて見えにくいことがある Unable to see object clearly due to bright glare	
	目やにがよく出る Eye mucus	
	アレルギーがある 原因 () Allergy The cause	
	口を開けるとときに、あごの関節が痛い Jaw-joints ache when opening mouth	
歯科 Dental Problems	あごの関節のところで音がする Creaking noise at the jaw-joints	
	歯をみがくと血が出る Bleeding when brushing teeth	
	時々痛む歯がある Occasional toothache	
	歯に水がしみる Toothaches caused by water	
	現在、矯正中である Currently receiving orthodontic treatment	

4. 上記以外で学校に知らせておきたいことがありましたら記入してください。

Please indicate any other comments you would like to inform us of.