

## 独立行政法人日本运动振兴中心灾害救济支付制度的加入

〇〇〇教育委员会

恭喜您进入新的学校学习!

鸟取教育委员会为了预防〇〇〇立〇〇〇学校学生在校时发生意外,与独立行政法人日本运动振兴中心和灾害共济支付中心签署了保险合同。

独立行政法人日本运动振兴中心(以下称为「中心」)的意外灾害保险是针对学童在校时发生意外灾害的保险,其中包括治疗费及慰问金的支付,加入前必须经过监护人的同意后才可购买。此保险为任意保险,如同意加入,请填写以下同意书并交给学校。

申请灾害保险的手续是通过因特网办理,申请时需要填写必要的个人信息。我们会注意防止个人信息的外露,请各位给予理解。

保险支付内容等主要是依据独立行政法人日本运动振兴中心法(以下称为「中心法」)及政令、省令、通知等基本法而订。如出现修改时,将依据新的规定执行。以下是平成24年1月1日现阶段主要内容。

## 记

## 1 保险补助支付种类和内容 [灾害保险支付基准是依据中心法第3条规定]

灾害种类	灾害范围	支付金额
受伤	在学校管理下发生的意外伤害,医疗费用超过5000日元以上	医疗费 ●支付保险标准疗养费用的4/10。(其中的1/10是疗养费用的加算费用)。
疾病	在学校管理下发生的意外事件伤害,医疗费超过5000日元以上,文部科学省令规定的范围 ・学校午餐引起的食物中毒・瓦斯中毒・中暑 ・溺水・咽下异物或者昏迷疾患・油漆等引起的皮肤炎・碰撞引起的外部伤・受伤	高额疗养费的对象者,加算自己负担额度(根据收入所得额度不同)的1/10 ●住院期间餐饮标准的负担额,另行加算。
残疾	在学校管理下发生的意外伤害以及疾病治疗后遗留下的残疾障碍	残疾慰问金 3770万日元~82万日元 (通学中遇到意外的情况下灾害保险费支付一半的金额)
死亡	在学校管理下发生的意外事件而引发死亡或因疾病造成死亡	死亡慰问金 2800万日元(通学中灾害支付1400万日元)
	猝死	学校体育活动中猝死 死亡慰问金 2800万日元(通学中灾害支付一半的金额) 运动以外的原因引发猝死 死亡慰问金 1400万日元(通学中灾害支付金额相同)

(※慰问金是平成17年度以后支付的金额)

学校管理下的情况包括以下内容。

- |                     |             |
|---------------------|-------------|
| ① 上课中(包括保育所临时托管的情况) | ④ 按规定路线正常上学 |
| ② 学校教育计划规定的课外指导活动   | ⑤ 住校时       |
| ③ 休息时间或学校规定的特定时间    |             |

## 2 支付基准

- ① 同一灾害所产生的伤害或疾病的医药费支付,从初诊计算,最长可支付10年。
- ② 灾害支付受理时间,由支付事由发生日开始2年以内为申请时效。
- ③ 接受损害赔偿或其他法令规定的补偿(如:儿童医疗费补助・单亲家庭医疗补助)时,额度范围内不能重复领取。
- ④ 属于(义务教育以及托儿所等)受生活保护法保护的家庭学童遇到灾害时的医疗费,为支付对象外。
- ⑤ 高中学生以及职业高中的学生故意犯罪后引起受伤以及生病,并死亡的情况下,不支付医疗费、残疾或有关死亡的灾害补助金。
- ⑥ 高中学生以及职业高中的学生因自己的过失受伤、生病以及死亡的情况下,一部分的残疾或死亡相关的灾害补助金不能领取。

※以上是中心灾害共济支付制度的内容概要

## 3 互助金(保险费)(年费)

家长或监护人负担金额为\_\_\_\_\_日元(〇〇〇教育委员会负担金额\_\_\_\_\_日元)

※负担金额是一年的费用。

(剪 下)

同意书

〇〇〇教育委员会

〇〇市 〇〇〇学校 (部)  
年 班 学童姓名 \_\_\_\_\_

本人同意,学童在学期间加入贵教育委员会与独立行政法人日本运动振兴中心所签署的灾害共济支付保险合同。

年 月 日

家长或监护人 \_\_\_\_\_ 印

## ㊟ 健 康 调 查 表

小学名称			小1班号	小4班号	中1班号
中学名称			小2班号	小5班号	中2班号
(平假名) 姓 名			小3班号	小6班号	中3班号
出生年月 平成 年 月 日			家长姓名		
家庭地址	TEL				

○紧急联系方式<按(关系)·工作单位·家·手机内容分别填写>变更时请与学校联系。

① ( ) 名称	TEL
给 联络	手机
② ( ) 名称	TEL
给 联络	手机
变更 ( ) 名称	TEL
给 联络	手机

○常去的医院

内科・小児科	外科・骨伤外科	牙科
Tel	Tel	Tel

○现在的健康状况及既往病例(符合的内容画○。不符合的内容画×。)

	项 目	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
1	最近身体不适									
2	容易腹泻									
3	容易便秘									
4	经常胃痛和腹痛									
5	有时关节痛									
6	经常头痛									
7	正在服用抗痉挛药物									
8	有过过敏性皮炎									
9	有过过敏性鼻炎									
10	有过过敏性结膜炎									
11	早上不叫不起床									
12	早醒后身体不适,起床困难									
13	对食物挑剔									
14	基本不吃早餐									
15	容易晕车晕船									
女生	有生理痛 初来月经时间(小・中 年 月)									

○请填写过敏食物以及对药物的副作用

食品名称	年龄	症状	药品名称	年龄	症状

姓名

○请填写曾经患过及目前患有的疾病名称

疾病名称	年龄	疾病名称	年龄	疾病名称	年龄	疾病名称	年龄
麻疹	岁	风疹	岁	水痘	岁	流行性腮腺炎	岁
疾病名称	年龄	治愈	治疗中	手术・住院时的疾病 病名( ) 住院或手术期 年 月 ~ 年 月			
肾脏病	岁						
心脏病	岁						
川崎病	岁						
哮喘	岁						
热性痉挛	岁						
中耳炎	岁						
	岁			手术・住院时的疾病 病名( ) 住院或手术期 年 月 ~ 年 月			

○预防接种状况(参照母子手帐填写)

预防接种名		接种时间		预防接种名		接种时间	
BCG		年 月 日		骨髓灰质炎	第1次	年 月 日	
破伤风(二种混合) 白喉・百日咳	1期第1次	年 月 日			第2次	年 月 日	
	1期第2次	年 月 日			第3次 (灭活疫苗的情况)	年 月 日	
	1期第3次	年 月 日			追加 (灭活疫苗的情况)	年 月 日	
	1期追加	年 月 日		日本脑炎	1期第1次	年 月 日	
麻疹风疹(MR)混合第1期	年 月 日		1期第2次		年 月 日		
麻疹风疹(MR)混合第2期	年 月 日		1期追加		年 月 日		

○家 ⇄ 学校 (如有正在治疗的疾病或伤病, 请详细填写。没有的话, 在无的选项上画○。)

学年	平时体温	无	联络事项
例	36.5℃	的话○没有	因哮喘每月去二次○○医院诊治, 每天早上需服用药物。发作时间不能运动。 ○○会引起食物过敏。对○○汤汁有过敏反映, 不让其饮用。 心慌、经常情绪不稳定。由于孩子骨折目前正在申请灾害报告。
小1			
小2			
小3			
小4			
小5			
小6			
中1			
中2			
中3			

年 月 日

尊敬的家长

校长

关于健康体检的通知

为了保障学生身体健康成长，更好地度过在校生活，同时早期发现疾病隐患，学校将按以下内容实施健康体检，请家长配合。(有关项目前边画勾)

## 1 检查内容和时间

编号	检查内容	实施日期				对象学年
		月	日	星期	时间	
<input type="checkbox"/> 1	内科检查					
<input type="checkbox"/> 2	身体测量					
<input type="checkbox"/> 3	牙科检查					
<input type="checkbox"/> 4	眼科检查					
<input type="checkbox"/> 5	耳鼻喉科检查					
<input type="checkbox"/> 6	听力检查					
<input type="checkbox"/> 7	视力检查					
<input type="checkbox"/> 8	尿检查					
<input type="checkbox"/> 9	心电图检查					

## 2 要求

## ○身体测量·内科检查

※体检前一天,请沐浴清洁身体,并剪指甲。

※请穿自己便于穿脱的衣服。

※请在衣服或内衣里写上自己的名字。

## ○牙科检查

※早餐后,请刷牙。

## ○耳鼻喉科检查

※体检前一天为止,清洁耳朵。

## 3 其它

检查结果,日后通知。

年 月 日

尊敬的家长

校长

关于内科检查结果的通知

年 班 姓名

经过内科检查后，得出如下结果，特此通知。请尽快去医院就医，接受更精密的检查。  
(有关项目前边画勾)

【检查结果】

- 1 营养状况 肥胖倾向 营养不良 怀疑有贫血
- 2 脊柱·胸郭·四肢 有其他异常  
( )
- 3 皮肤疾患 过敏性皮炎 湿疹 其他
- 4 心脏 心律不齐 心杂音 ( )
- 5 其他 [ ]

※专科医生诊断后，请将检查结果的报告书提交给学校。

检查结果报告书

年 班 姓名

检查结果及给学校的提示事项

诊断(病名)

处理

学生指导上的注意事宜

兹证明进行过以上检查。

年 月 日

医疗机构名称

医生姓名

印

## 保健调查表（牙科用）

年	班	姓名
---	---	----

检查牙齿、牙床、牙齿排列、咬合情况、下颞关节、牙垢的状况。

如有符合的内容请画○。

如有向学校牙科医生咨询的事宜，请详细填写。

## I 检查自己的牙齿、牙床、下颞项目

- |                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| 1. 张嘴和闭嘴时，可以听到下颞关节发出声音。 | ( 是      ▪      不是 ) |
| 2. 张嘴困难，张嘴的时候有疼痛感。      | ( 是      ▪      不是 ) |
| 3. 是否在意牙齿排列？            | ( 是      ▪      不是 ) |
| 4. 牙床出血吗？               | ( 是      ▪      不是 ) |
| 5. 是否有牙疼或者容易受刺激疼痛？      | ( 是      ▪      不是 ) |
| 6. 食物是否难以下咽？            | ( 是      ▪      不是 ) |
| 7. 是否有口臭？               | ( 是      ▪      不是 ) |
| 8. 你知道C0吗？              | ( 知道    ▪      不知道 ) |
| 9. 你知道G0吗？              | ( 知道    ▪      不知道 ) |

各位家长

学校名\_\_\_\_\_

校长名\_\_\_\_\_

## 口腔・牙科体检结果以及推荐再就诊的通知

\_\_\_\_\_年 班 姓名\_\_\_\_\_

月 日 口腔及牙齿的体检结果如下，参考画○的内容。

无异常	体检时未发现其他异常问题，请继续保持。认真使用含有氟化合物的牙膏清洁牙齿(使用牙线)，养成良好的生活习惯(饮食生活)，定期到牙科医院接受专业医生的指导和管理，保持口腔和牙齿的健康。
-----	--

**【需要观察栏中画○的人】**家长需要对使用含有氟化合物的牙膏清洁牙齿(使用牙线)、养成良好的生活习惯(饮食生活)引起充分重视，并注意观察。另外需定期到牙科医院接受专业医生的指导和管理，保持口腔和牙齿的健康。

需要观察	C 0	发现可能形成蛀牙的牙齿。(乳牙・恒齿)
	G 0	牙床有轻度的肿胀和出血，有可能引发牙周炎。
	齿垢附着	刷牙不充分，齿垢附着于牙根上。
	牙齿排列・咬合・ 下颚关节	有点异常，需要注意观察。

**【下列栏中画○的人】**需要尽早就医，接受检查和治疗。

就医之后，请牙科医生填写检查结果，提交给学校。

需要接受检查和治疗	疾病异常	说明内容	检查结果
		C 0要检查(C 0-S)	发现形成蛀牙可能性极高的牙齿。(乳牙・恒齿)
	蛀牙(C)	发现有洞眼的蛀牙。(乳牙・恒齿)	治疗结束・继续观察
	牙周炎(G)	牙齿周围发现齿石沉淀，有牙周炎症状。	治疗结束・继续观察
	齿石沉淀	牙周没有炎症，牙齿周围出现齿石。	治疗结束
	牙齿排列・咬合不规整	牙齿排列、咬合情况明显不规整。	治疗结束・继续观察
	下颚关节异常	下颚的关节处发现异常。	治疗结束・继续观察
	乳牙要注意	恒齿生长处乳牙仍然存在。	治疗结束・继续观察
	齿垢附着	牙齿表面及牙根处有大量的齿垢。	治疗结束・继续观察
	其他		治疗结束・继续观察

给牙科医生的留言

平成 年 月 日

请医生针对以上症状进行精密检查和治疗，  
检查及治疗结果请填写告知。

医疗机构名称

牙科医生姓名\_\_\_\_\_④

给家长的温馨提示

上述诊断项目中，「牙齿排列・咬合不规整」的牙齿矫正属于医疗保险外治疗。

「牙齿排列・咬合不规整」处画○时，如果家长不考虑检查和治疗，请在下面姓名处签字后提交给学校

平成 年 月 日

此次针对「牙齿排列・咬合不规整」，暂不考虑检查和治疗。 家长姓名\_\_\_\_\_④

## 眼科检查问诊表

本「眼科检查问诊表」是作为学生是否有必要参加学校眼科体检的判断资料，请按事实填写。

年 班 号 姓名

请在相符的项目内容上画○

	问诊内容	○
1	经常出眼屎	
2	有时眼睛发痒	
3	眼睛经常发红	
4	眼睛经常疼痛	
5	黑板的字看不清楚	
6	正在使用眼镜	
7	正在使用隐形眼镜	
8	不易分辨颜色(例如:绿色·红色等)	
9	1年之内是否接受过眼科检查	
	有的话, 是何症状 ( )	
10	是否需要咨询眼科医生	
	具体内容 ( )	
11	请填写其他担心事项 ( )	

背面继续

13	上述1~10中没有画○项目 背面12的项目中画○	
----	-----------------------------	--

※ 学校填写

视力检查 结果	裸眼 · 眼镜 · 隐形眼镜 (符合内容请画○)				
	视力	右	(	A B C D	)
		左	(	A B C D	)

检查结果	无异常 · 需要观察 · 需要就医 ( ) 其他( )
------	--------------------------------

## 色盲检查

先天性色盲比例，男性通常约为 5%（20 人中有 1 人），女性约为 0.2%（500 人中有 1 人）。

色盲基本不影响正常生活，但是在学校使用颜色进行授课时，会出现一定的障碍。

色盲患者本身或是家长通常不会意识到其重要性，在进行上课、选择职业、做生涯规划时，通过色盲检查了解自己对哪些颜色不易辨别能够更好地帮助自己。

请理解以上内容宗旨，在下表中选择是否希望接受检查。

	色盲检查	○
12	希望检查	
	不希望检查	

家长姓名 \_\_\_\_\_ 印

平成 年 月 日

致 家长

学校名  
校长名

## 眼科诊断结果的通知

年 班 姓名

眼科诊断的结果，发现您孩子可能有以下(画○部分)病症，特此通知。  
请在接受眼科治疗后通知班主任老师。

	病 名		病 名
	慢性结膜炎		霰粒肿
	过敏性结膜炎		麦粒肿
	口胞性结膜炎		春季粘膜炎
	眼睑炎		白内障
	眼睑内翻症		

- 1 请尽早接受检查。
- 2 症状出现时，请尽快前往医院就医治疗。

## 诊断结果及指示事项

診断結果 (診断名等)	诊断结果(针对病名等)	
医生的指示		
游泳 (请画○)	可以	禁止

平成 年 月 日

医疗机构名称  
医生姓名

年 月 日

尊敬的家长

校长

关于视力检查结果的通知

年 班 姓名

视力检查结果内容如下,属于B~D的人要接受眼科医生的诊断、指导和治疗。

A、B、C、D 判定

A	…1.0 以上	B	…0.9~0.7	C	…0.6~0.3	D	…0.3 未滿
---	---------	---	----------	---	----------	---	---------

裸眼视力	右 ( ) 左 ( )	使用眼镜等时	右 ( ) 左 ( )
------	-------------	--------	-------------

☆ 检查结果必须通知年级班主任老师。

## 专科医生诊断结果

	右	左
裸眼视力	( )	( )
矫正视力	( )	( )
检查结果	正视 远视 乱视 弱视 近视 调节痉挛 其他 ( )	正视 远视 乱视 弱视 近视 调节痉挛 其他 ( )
治疗·观察	( 要 · 否 ) [ 个月後 ]	
医生的指示事项	点眼药 ( 要 · 否 ) 眼镜 ( 要 · 否 · 更新 · 观察 ) 使用眼镜 ( 经常 · 上课时 ) 其他 ( )	

兹证明进行过以上检查。

年 月 日

医疗机构名称

医生姓名

印



## 保健调查表（中学耳鼻咽喉科用）

年 班 号 姓名

本调查表是作为耳鼻咽喉科医生判断学生是否有必要在学校进行检查的判断资料，学生自身或家长发现有以下情况，请画○。

1. 近期3个月以内预定在耳鼻咽喉科就诊（病名 \_\_\_\_\_）
2. 会有目眩症状（注：不是头晕的症状）
3. 一整年总是打喷嚏、流鼻涕、鼻子不通
4. 鼻涕粘稠、有鼻漏（鼻涕流入喉部）症状
5. 经常鼻子不通
6. 嗅觉不灵敏
7. 嗓音嘶哑
8. 无上述（1~7）症状

（以下内容，家长不要填写）

学校填写栏（班主任老师的发现）	检查结果
1. 听力检查异常（·右·左·两耳·1000·4000 Hz） 2. 去年要求提交的精密检查报告未提交 3. 需要做检查 （理由：        ） ○ 耳朵听不清楚 ○ 嘴巴总是张开着 ○ 发声异常 ○ 其他	A 1 怀疑有耳背      C 1 怀疑有增殖腺 A 2 耳垢栓塞        C 2 扁桃体肥大 A 3 渗出性中耳炎    C 3 扁桃炎 A 4 慢性中耳炎      C 4 声音异常 C 5 语言异常 B 1 慢性鼻炎 B 2 过敏性鼻炎 B 3 副鼻腔炎 B 4 鼻中隔弯曲症 D 其他（            ） E 无异常

平成 年 月 日

致 家长

校长

## 耳鼻咽喉科诊断结果通知

年 班

耳鼻咽喉科经过体检诊断，在画有○标识的地方，怀疑有患上疾病的可能。请尽早去医院就医，接受耳鼻咽喉科专业医生的检查，检查结果请提交给学校。

- 耳垢栓塞 : 耳垢沉积较厚，看不清楚鼓膜，如果放任不管，在游泳时容易引发外耳炎。在开始游泳运动之前，建议在耳鼻咽喉科医院清除耳垢。
- 慢性中耳炎 : 鼓膜出现洞眼，耳液外漏，出现听觉障碍。游泳运动之前请在医院做详细检查。
- 渗出性中耳炎 : 耳液无外漏、耳朵无疼痛，但听力下降。
- 怀疑有耳背 : 请到医院检查耳背的程度以及原因。
- 过敏性鼻炎 : 打喷嚏、流鼻涕、鼻子不通为主要症状，整年都有精力无法集中、睡眠出现障碍，生长发育出现缓慢的情况，花粉症也是症状的其中之一。
- 副鼻腔炎 : 也就是慢性鼻窦炎，引发鼻子不通、鼻涕粘稠、头重等症状。
- 鼻中隔弯曲症 : 主要特征为交替型的鼻子不通，引发流鼻血和头重。
- 慢性鼻炎 : 引发鼻子不通、流鼻涕症状。也有可能是感冒的持续症状或副鼻腔炎的轻度症状。
- 扁桃炎 : 慢性炎症，发烧和咽喉痛容易反复。
- 扁桃体肥大 : 轻度呼吸障碍，容易引起大块的食物难以下咽。也是诱发打呼噜、睡眠时无呼吸的主要原因。
- 增殖腺 : 鼻子后部的扁桃腺年龄增加，容易引发鼻子不通、打呼噜、睡眠时无呼吸、反复型中耳炎等。
- 声音异常·语言异常 : 嗓音嘶哑、说话出现异常。

## 诊 断 结 果

年 班 姓名

### 诊断结果

处理情况 (1) 暂时进行观察 (2) 正在接受治疗 (3) 治疗结束 (4) 其他

游泳 (1) 可以 (2) 使用耳塞的情况下可以 (3) 其他

联络事项

平成 年 月 日

医生姓名

年 月 日

尊敬的家长

校长

### 关于验尿检查的通知

为早期发现学生身体中存在的疾病隐患,学校将实施以下检查,特此通知。  
(有关项目的前边画勾)

#### 尿检查

- 1 目的 肾脏病或糖尿病等的早期发现
- 2 提交日期 ( )月( )日  
忘记原定提交日期时请于( )月( )日一定带到学校。
- 3 提交地点 教室 保健室
- 4 对象 全年级学生
- 5 取尿方法  
(1) 检查当日,清晨起床后开始取尿,注意提取尿液时,取中间出的尿液。  
(2) 尿量要达到容器中有刻度的地方。  
(3) 拧紧盖子后放入口袋里(口袋和容器由学校发给)
- 6 如果需要进行二次检查,学校会另行通知。

## 停课通知书

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_班 姓名 \_\_\_\_\_

因以下理由, 学校要求你停课。

1 停课理由

流感    流行性腮腺炎    水痘    风疹  
其他 ( 溶连菌感染症     )

2 停课时间

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日~ 出具医生许可证明为止

3 其他参考事项

致 家长 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

\_\_\_\_\_校长 印

---

## 复学许可证明

尊敬的校长先生

病名 流感    流行性腮腺炎    水痘    风疹  
其他 ( 溶连菌感染症     )

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_班 姓名 \_\_\_\_\_

上述传染疾病, 已基本好转, 同意从 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日起复学。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

医疗机构名称

医生姓名 \_\_\_\_\_ 印

※返校时需要携带此证明到校。

各位家长

为使学生愉快充实地度过学校的学习生活，健康问题必须引起重视。特别是持有心脏疾病的学生，健康管理尤为重要。学校在整个体检中，特别将心脏检查纳入重点项目。为了顺利地接受检查，请家长配合，认真填写下表内容。

\*填写时的注意事项：问题1~4中在相符的内容后画圈，空栏处请填写具体内容。

体检日 平成 年 月 日

校长

学校名	年 级 班	注假名 姓名	性别	出生年月 年 月 日
-----	-------	-----------	----	---------------

## 问题1 最近是否有以下症状?

- |                                   |          |
|-----------------------------------|----------|
| a 未做任何动作的情况下，心脏突然激烈跳动(平时的2倍)..... | ( 有 没有 ) |
| b 稍微运动就蹲下.....                    | ( 有 没有 ) |
| c 运动时，胸闷难受.....                   | ( 有 没有 ) |
| d 有时会出现脉搏间断.....                  | ( 有 没有 ) |
| e 安静时、运动中、运动后有昏倒过.....            | ( 有 没有 ) |
| f 用普通的速度爬楼梯，心跳加速,气喘.....          | ( 有 没有 ) |

## 问题2 目前为止的诊断或体检中是否被医生诊断过有「心脏不好」「心脏异常」

回答有的人请继续回答1)~4)的问题 ( 有 没有 )

1) 诊断的病名(以下病名中在被诊断的病名里画圈) a 先天性心脏病 b 心律不齐 c 心脏疾患 d 心脏杂音 e 心电图异常 f 风湿性心脏病 g 其他 病名_____
2) 何时在哪个医院诊断的? 时间( 岁 个月左右) 地点 1) 医院名: _____ 2) 学校体检: _____ 年级的时候
3) 病名诊断后的状况 a 精密检查结果为「无需治疗」「没有异常」 医院名: _____ 平成 年 月 b 到医院定期接受检查 目前诊治的医院名称: _____ ( 次 / 年) 通院治疗 管理区分: A B C D E (可 禁) c 未去医院诊断或放任不管
4) 接受过心脏手术吗? a 有 _____ 最后一次手术时间及医院名称 b 没有 _____ 平成 年 月左右 医院名: _____

## 问题3 是否患过川崎病?.....( 有 没有 )

回答「有」的人请继续回答①~③的问题。

1) 何时、在哪家医院被诊断过有川崎病?( 岁 个月左右) 医院名: _____
2) 心脏超声波的检查结果如何? a 无异常 b 冠状动脉一时肿胀 c 目前仍有冠状动脉病变 d 没有接受检查
3) 目前如何治疗 a 到医院定期接受检查 目前诊治的医院名: _____ ( 次 / 年) 通院治疗 管理区分: A B C D E (可 禁) b 医生说有必要定期接受检查及治疗,可是没有去过。 c 检查结果是「无需治疗」 平成 年 月左右 医院名: _____

## 问题4 家人及亲属中是否有40岁以下的人由于心脏疾病突然死亡或不明原因的猝死?

( 有 没有 )

## 结核健康诊断问诊表

填写日期 平成 年 月 日

学校	年级	班	号	姓名	
----	----	---	---	----	--

在符合内容的部分画○。

问 题		在以下答案当中画○	
问题 1	您的孩子是否在过去 2 年内患过结核疾病（例如、肺渗漏、胸膜炎或肋膜炎、颈部淋巴结核）？	有 平成 年 月左右	没有
问题 2	您的孩子是否在过去 2 年内因患结核疾病服用过预防药物？	有 平成 年 月左右	没有
问题 3	家人或住一起的人是否在过去 2 年内患过结核疾病？	有 平成 年 月左右	没有
问题 4	您的孩子在过去 3 年内是否在国外居住时间全部累加为半年以上？	有 平成 年 月左右	没有
补充问题	* 问题 4 回答「有」的话，请继续回答		
4 - 1	在哪个国家？ [ ]		

问题 5	您的孩子在超过 2 周以上的时间内一直有持续「咳嗽」或「咳痰」症状？	是	不是
补充问题	* 问题 5 回答「是」的话请继续回答		
5 - 1	孩子「咳嗽」或「咳痰」症状去医院做过检查和治疗吗？	有	没有
5 - 2	医生是否诊断孩子的病症为哮喘、哮喘性支气管炎？	是	不是

\* 问题 6 仅由小学 1 年级学生家长回答。

问题 6	您的孩子接受过 B C G 预防接种吗（盖章式的预防针）？请参考母子手帐填写。	有	没有
补充问题	* 问题 6 回答「没有」的话请继续回答		
6 - 1	为什么没有接受接种？	结核菌反应检查为阳性	其他原因

下列内容家长不要填写。

结核精密检查的指示（校医指示）	
要	不要 [ 理由 ]

（致家长）问题 1 ~ 3 中任意一个问题回答有「是」的情况，请家长持本问诊表到保健所，确认孩子的健康管理状况。

## 结核病精密检查就诊表

填写日期：平成 年 月 日

本人姓名		家长姓名	
出生年月	平成 年 月 日	年级	年龄
家庭地址		电话号码	
现在的健康状态			
本人或家人有无结核病既往史			
本人呼吸系统疾病的既往史			
结核菌检查	平成 年 月 日	判定	+ - ( × mm )
	平成 年 月 日	判定	+ - ( × mm )
	平成 年 月 日	判定	+ - ( × mm )
	平成 年 月 日	判定	+ - ( × mm )
B C G 接种		有 无	
		最终接种日 平成 年 月 日	

## 注意

- 检查当天是否有发热、咳嗽、咳痰、身体虚弱、头疼等状况，需要在「现在的健康状态」栏中填写清楚。
- 结核菌检查栏中请填写注射结核疫苗的时间。  
判定栏中如果有双重发红，请将内径、是否有水泡等情况填写下来。
- B C G 接种经历、B C G 接种时间请参考幼儿期母子手帐纪录的内容。
- 检查当天请携带该检查表和母子手帐。

### 运动器官体检保健调查表

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_班 \_\_\_\_\_号 姓名 \_\_\_\_\_ 男 · 女

※提示家长 · · · 请填写粗线框中的内容。符合的内容请画○

目前正在进行的运动(包括芭蕾、舞蹈): 无 有 (运动项目) 运动时间 _____ 年		
<b>1) 脊柱侧弯症</b>	<b>家长填写栏</b>	<b>体检时填写栏</b>
	<b>4个检查要点</b> ① 两肩高度不一样 ② 两肩胛骨的高度、位置不一样 ③ 左右肋线条的弯曲度不一样 ④ 身体前屈时后背左右高度不一样	<b>【发现异常】</b> 有
<b>2) 如有发现以下情况, 请画○。</b>		
身体前屈、后弯腰时, 腰部有疼痛感? 	<b>【前屈】</b> ① 不痛 ② 痛 <b>【后弯】</b> ① 不痛 ② 痛	<b>【发现异常】</b> 有
单脚站立5秒以上(左右交替进行) 单脚站立时身体是否会出现倾斜、摇晃? 	<b>【左脚站立】</b> ① 无异常 ② 摇晃 ③ 无法站立 <b>【右脚站立】</b> ① 无异常 ② 摇晃 ③ 无法站立	<b>【发现异常】</b> 有
下蹲 后脚跟是否可以全部着地进行下蹲? 	① 可以 ② 不可以	<b>【发现异常】</b> 有
双手举高时, 两臂是否可以摸到耳朵? 	左腕 ① 摸到 ② 摸不到 右腕 ① 摸到 ② 摸不到	<b>【发现异常】</b> 有

做手掌向上、手臂伸展动作时, 手臂是否不能伸长、不能弯曲, 手指摸不到肩膀? 	左臂 ① 无异常 ② 不能完全弯曲 ② 不能完全伸展 右臂 ③ 无异常 ④ 不能完全弯曲 ⑤ 不能完全伸展	<b>【发现异常】</b> 有
<b>3) 身体其他部位有何异常吗</b>		
在骨·关节·肌肉中出现异常症状的部位请画○, 并填写具体症状。 	<b>【症状】</b>	<b>【发现异常】</b> 有
4) 身体、手、脚等部位有异常症状请自由填写。		
5) 上述提问项目中是否有目前正在接受治疗的项目。没有·有(疾病名称)		

※下栏内容不要填写。

【精密检查指示 有 · 无】

检查结果通知

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

致 家长

校长

根据运动器官的体检结果, 我们建议您带孩子到整形外科进一步接受精密检查。  
 检查后的结果请记录于下, 并提交给学校。

\* 去医院就诊时, 需要携带本运动器官体检保健调查表和保险证(有的话)。

诊断结果

诊断名称 ( )  
 今后的指导方针 ( )  
 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 医生姓名