# VỀ VIỆC GIA NHẬP VÀO "CHẾ ĐỘ PHỤ CẤP CỨU TẾ TAI NẠN" CỦA TRUNG TÂM XÚC TIẾN THỂ THAO NHẬT BẢN-CƠ QUAN PHÁP NHÂN HÀNH CHÍNH ĐỘC LẬP

Ban giáo dục……

Chúc mừng các em nhập học.

Ủy ban giáo dục ……..nhằm bảo vệ nhi đồng(học sinh) đang theo học tại trường ……..,trường do thành phố…….lập, trước những tai nạn không lường được, đã ký hợp đồng phụ cấp cứu tế tai nạn với Trung tâm xúc tiến thể thao Nhật Bản-cơ quan pháp nhân hành chính độc lập (Dưới đây gọi là "Trung tâm")

Phụ cấp cứu tế tai nạn của trung tâm là chế độ chi cấp tiền trị liệu, tiền an ủi đến phụ huynh, khi nhi đồng-học sinh gặp phải tai nạn khi đang nằm dưới sự quản lý của trường.Việc gia nhập chế độ này được thực hiện bằng hình thức liệt ra danh sách học sinh tham gia, sau khi được sự đồng ý của phụ huynh.Việc gia nhập là hoàn toàn tự nguyện.Các cá nhân đồng ý tham gia hãy điền thông tin vào Bản Thỏa Thuận dưới đây và nộp cho hiệu trưởng.。

Ngoài ra, xin lưu ý rằng thủ tục đề nghị cấp phụ cấp cứu tế tai nạn được thực hiện bằng cách nhập các dữ liệu cần thiết vào chương trình kết nối bằng internet.Chúng tôi sẽ hết sức cẩn trọng khi dùng các thông tin cá nhân của quý vị.

Nội dung trợ cấp được quy định bởi luật của Trung tâm xúc tiến thể thao Nhật Bản-cơ quan hành chính độc lập(Dưới đây gọi là "Luật trung tâm"), hoặc bởi các thông tư, quy định của chính phủ được ban hành căn cứ theo luật này.Khi có thay đổi về luật, nội dung trợ cấp sẽ tùy thuộc vào quy định sau thay đổi.Tính đến thời điểm ngày 1 tháng 1 năm Bình Thành thứ 24, nội dung chính của mức trợ cấp là như sau:

Nội dung

1 **Nội dung và hình thức trợ cấp** ［Mức chi cấp phụ cấp cứu tế tai nạn tùy dựa vào điều 3 theo luật của trung tâm］

| Loại tai nạn | Phạm vi tai nạn | | Mức chi cấp |
|---|---|---|---|
| Bị thương | Việc bị thương này xảy ra dưới sự quản lý và nguyên nhân có liên quan đến nhà trường.Chi phí cần cho việc chữa trị từ 5000 yên trở lên | | **Phí y tế**<br>●Được chi 4/10 của chi phí cần để chữa trị, giống như cách tính bảo hiểm sức khỏe(Trong đó 1/10 là phần được tính thêm xem như chi phí cần để dưỡng bệnh).<br>Nếu chi phí này nằm trong đối tượng được tính"Chi phí điều trị cao" thì sẽ được cộng thêm 1/10 của số tiền mà bệnh nhân phải trả cho chi phí điều trị（Tùy phân khu thuế thu nhập mà hạn mức khác nhau）<br>●Khi nhập viện, nếu phát sinh tiền ăn cho bệnh nhân nằm trong mức tiêu chuẩn cũng sẽ được cộng thêm vào. |
| **Bệnh** | Bệnh xảy ra dưới sự quản lý và nguyên nhân có liên quan đến nhà trường.Chi phí cần cho việc chữa trị từ 5000 yên trở lên, và nằm trong khuôn khổ quy định của bộ khoa học giáo dục.<br>・Trúng thực do ăn cơm trưa của trường・Trúng độc gas・Sốc nhiệt do nắng nóng<br>・Đuối nước ・Bệnh do nuốt phải hay do dị vật thâm nhập・Viêm da do cây sơn độc・Bệnh do ngoại vật tấn công・Bệnh do vết thương | | |
| Di tật | Di tật còn sót lại sau khi đã lành vết thương, hoặc lành bệnh phát sinh dưới sự quản lý của trường | | **Tiền an ủi di tật**<br>**Từ 820.000～37.700.000 yên**（Nếu xảy ra trên đường đi học chỉ nhận phân nửa） |
| **Tử vong** | Tử vong có liên quan đến sự quản lý của trường, hoặc tử vong có liên quan trực tiếp đến bệnh tật, mà bệnh tật xảy ra do sự quản lý của trường | | **Tiền an ủi tử vong 28.000.000 yên**（Nếu xảy ra trên đường đi học chỉ nhận14.000.000） |
| | Đột tử | Đột tử có nguyên nhân từ các hoạt động vận động | **Tiền an ủi tử vong 28.000.000 yên**（Nếu xảy ra trên đường đi học chỉ nhận14.000.000） |
| | | Đột tử không liên quan đến các hoạt động vận động | **Tiền an ủi tử vong 14.000.000 yên**（Nếu xảy ra trên đường đi học cũng nhận số tiền tư） |

（※Mức cấp tiền an ủi là mức dành cho các tai nạn thương tật xảy ra từ sau năm Bình Thành 17）

Định nghĩa cụm từ "Dưới sự quản lý của trường" cụ thể như sau:

① Trong giờ học（Bao gồm cả trong giờ giữ trẻ）

② Trong sự chỉ đạo ngoại khóa căn cứ theo kế hoạch giáo dục của trường

③ Trong giờ nghỉ giải lao hoặc trong các giờ hoạt động của trường

④ Trên đường đi học(đi nhà trẻ) theo lộ trình và phương pháp thông thường.

⑤ Khi ở ký túc xá

2 **Tiêu chuẩn cấp**

① Việc chi cấp chi phí y tế cho tất cả các loại thương tật, bệnh dài nhất là 10 năm tính từ ngày đầu tiên.

② Quyền được lãnh phụ cấp cứu tế tai nạn sẽ bị hủy do quá hạn, nếu cá nhân không làm thủ tục trong vòng 2 năm tính từ ngày phát sinh sự cố.

③ Tùy hạn mức của số tiền mà người bệnh đã được nhận từ tiền bồi thường, hoặc nhận được các trợ cấp khác theo quy định nhà nước(Ví dụ: Tiền trợ cấp y tế cho nhi đồng theo điều lệ của đoàn thể công ích địa phương, hay tiền trợ cấp y tế cho các gia đình trẻ chỉ còn bố hoặc mẹ), mà phụ cấp cứu tế tai nạn này sẽ không được thực hiện.

④ Tiền phụ cấp này cũng không chi trả cho học sinh-nhi đồng thuộc hộ gia đình đang nhận trợ cấp theo luật bảo hộ đời sống sinh hoạt, đang theo học tại các nhà trẻ, các trường nằm trong chế độ giáo dục bắt buộc

⑤ Học sinh các trường cao đẳng, cao đẳng dạy nghề sẽ không được nhận phụ cấp liên quan đến tử vong, thương tật, các chi phí y tế nếu cố ý làm bị thương, làm bị bệnh, thậm chí tử vong xuất phát từ các hành vi cố ý phạm tội của chính mình.

⑥ Học sinh các trường cao đẳng, cao đẳng dạy nghề sẽ không được nhận phụ cấp liên quan đến tử vong, thương tật, các chi phí y tế nếu cố ý làm bị thương, làm bị bệnh, thậm chí tử vong do những sơ xuất nghiêm trọng của bản thân.

＊Nội dung ở dấu hoa thị ở trên là nội dung được ghi trong phần Khái quát về chế độ phụ cấp cứu tế tai nạn

3 **Tiền tham gia（Tính theo năm）**

Tiền phụ huynh phải đóng　　yên（Tiền mà ủy ban giáo dục…….đóng　　yên）

※Mức tiền nói trên là tiền theo năm

（Vạch cắt）

---

BẢN THỎA THUẬN

Kính gửi ban giáo dục……

Thành phố……Trường……..(Phòng……)

Lớp……..Năm…….Họ và tên học sinh

Chúng tôi đồng ý cho cháu có tên ở trên, trong suốt thời gian theo học ở trường tham gia vào hợp đồng phụ cấp cứu tế tai nạn mà ủy ban giáo dục đã liên kết với ttâm xúc tiến thể thao Nhật Bản.

Năm　　tháng　　ngày

Họ tên phụ huynh hoặc người giám hộ　　(Đóng dấu)

# 【Bí mật】PHIẾU ĐIỀU TRA SỨC KHỎE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Tên trường tiểu học | | | Tiểu học năm 1 Lớp Mã số | Tiểu học năm 4 Lớp Mã số | Trung học năm1 Lớp Mã số |
| Tên trường trung học | | | Tiểu học năm 2 Lớp Mã số | Tiểu học năm 5 Lớp Mã số | Trung học năm2 Lớp Mã số |
| (Phiên âm) | | | Tiểu học năm 3 Lớp Mã số | Tiểu học năm 6 Lớp Mã số | Trung học năm3 Lớp Mã số |
| **Họ và tên**<br>Ngày tháng năm sinh Lệnh Hòa năm tháng ngày | | | Họ và tên phụ huynh | | |
| Địa chỉ | | | Số điện thoại | | |

**○Thông tin liên lạc khẩn＜（Mối quan hệ với trẻ）・Điền tên cty・Nhà riêng・Số di động＞Khi có thay đổi cần phải báo với trường**

| | |
|---|---|
| ① | Liên hệ đến người dưới đây theo □Công ty( ) □ Nhà riêng □Di động<br>(Quan hệ với trẻ: )Họ và tên: Số điện thoại: Di động:: |
| ② | Liên hệ đến người dưới đây theo □Công ty( ) □ Nhà riêng □Di động<br>(Quan hệ với trẻ: )Họ và tên: Số điện thoại: Di động: |
| Thông tin thay đổi | Liên hệ đến người dưới đây theo □Công ty( ) □ Nhà riêng □Di động<br>(Quan hệ với trẻ: )Họ và tên: Số điện thoại: Di động: |

**○Bệnh viện chuyên của trẻ**

| | | |
|---|---|---|
| Nội khoa・Khoa nhi<br>Tel | Ngoại khoa・Chỉnh hình<br>Tel | Nha khoa<br>Tel |

**○Tình hình sức khỏe hiện tại và Bệnh lý（Đánh dấu ○ nếu có.Đánh dấu ✓ nếu không）**

| | Nội dung | Tiểu học1 | Tiểu học2 | Tiểu học3 | Tiểu học4 | Tiểu học5 | Tiểu học6 | Trung học1 | Trung học2 | Trung học3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Sức khỏe dạo gần đây không tốt | | | | | | | | | |
| 2 | Dễ bị tiêu chảy | | | | | | | | | |
| 3 | Thường bị táo bón。 | | | | | | | | | |
| 4 | Hay đau bao tử-Đau bụng | | | | | | | | | |
| 5 | Từng bị đau khớp | | | | | | | | | |
| 6 | Thường xuyên đau đầu | | | | | | | | | |
| 7 | Đang uống thuốc chống động kinh(Co giật) | | | | | | | | | |
| 8 | Bị viêm da dị ứng | | | | | | | | | |
| 9 | Bị viêm mũi dị ứng | | | | | | | | | |
| 10 | Bị viêm kết mạc dị ứng。 | | | | | | | | | |
| 11 | Không tự thức dậy vào buổi sáng nếu không ai đánh thức | | | | | | | | | |
| 12 | Tỉnh giấc vào buổi sáng nhưng thấy khó chịu, khó thức dậy | | | | | | | | | |
| 13 | Có nhiều món thích và không thích ăn | | | | | | | | | |
| 14 | Hầu như không ăn sáng | | | | | | | | | |
| 15 | Dễ bị say tàu xe | | | | | | | | | |
| Với nữ | Đau bụng kinh Có kinh nguyệt lần đầu (Tiểu học・Trung học Năm ngày ) | | | | | | | | | |

**○Ghi rõ nếu có phản ứng phụ với dược phẩm, dị ứng thức ăn.**

| Tên thực phẩm | | Triệu chứng | Tên dược phẩm | Tuổi có triệu chứng | Triệu chứng |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| Họ và tên |
|---|
| |

**○Ghi rõ các bệnh đã từng mắc trước đây, cũng như các bệnh hiện đang mắc phải.**

| Tên bệnh | Tuổi | Tên bệnh | Tuổi | Tên bệnh | Tuổi | Tên bệnh | Tuổi |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sởi | ….tuổi | Rubella | ….tuổi | Thủy đậu | …tuổi | Quai bị | …..tuổi |

| Tên bệnh | Tuổi | Đã khỏi | Đang điều trị | Bệnh phải nằm viện hay phẫu thuật |
|---|---|---|---|---|
| Bệnh về thận | ….tuổi | | | Tên bệnh（ ） |
| Bệnh tim | ….tuổi | | | Thời gian phẫu thuật hay nằm viện |
| Bệnh Kawasaki | ….tuổi | | | Từ năm tháng ～ Năm tháng |
| Hen suyễn | ….tuổi | | | Bệnh phải nằm viện hay phẫu thuật |
| Sốt động kinh | ….tuổi | | | Tên bệnh（ ） |
| Viêm tai giữa | ….tuổi | | | Thời gian phẫu thuật hay nằm viện |
| | ….tuổi | | | Từ năm tháng ～ Năm tháng |

**○Tình hình chích ngừa（Ghi chính xác sau khi xem lý lịch tiêm phòng trong Sổ theo dõi mẹ và bé）**

| | | Ngày tháng tiêm phòng | Văc xin | | Ngày tháng tiêm phòng |
|---|---|---|---|---|---|
| BCG | | Năm tháng ngày……. | Bại Liệt | Mũi tiêm thứ 1 | Năm tháng ngày……. |
| Bạch hầu・Ho gà Uốn ván (3 trong 1) | Mũi tiêm thứ 1 | Năm tháng ngày……. | | Mũi tiêm thứ 2 | Năm tháng ngày……. |
| | Mũi tiêm thứ 2 | Năm tháng ngày……. | | Mũi tiêm thứ 3 (Nếu là vacxin bất hoạt) | Năm tháng ngày……. |
| | Mũi tiêm thứ | Năm tháng ngày……. | | Tiêm bổ sung (Nếu là vacxin bất hoạt) | Năm tháng ngày……. |
| | Mũi tiêm bổ sung | Năm tháng ngày……. | Viêm não Nhật Bản | Mũi tiêm thứ 1 | Năm tháng ngày……. |
| Sởi- Rubella(MR) Mũi hỗn hợp 1 | | Năm tháng ngày……. | | Mũi tiêm thứ 2 | Năm tháng ngày……. |
| Sởi- Rubella(MR) Mũi hỗn hợp 2 | | Năm tháng ngày……. | | Tiêm bổ sung1 | Năm tháng ngày……. |

**○Gia đình ⇔ Trường（Ghi rõ nếu có bệnh đang điều trị hay bị thương.Đánh dấu ○ vào cột bình thường nếu không có bệnh）**

| Lớp | Nhiệt độ bình thường | Bình thường | Nội dung liên lạc |
|---|---|---|---|
| Ví dụ | 36.5℃ | Nếu không có gì, ghi○ | Do bị suyễn nên mỗi tháng phải đến bệnh viện.……..2 lần.Mỗi ngày(buổi sáng) phải uống thuốc.Không cần hạn chế vận động khi không phát bệnh.<br>Bị dị ứng thực phẩm khi ăn○○.Cơ thể cũng có phản ứng với cả canh có ….. nên không được uống.<br>Hay rơi vào trạng thái bứt rứt, không bình tĩnh.Do bị gãy xương nên vẫn đang xin để hưởng chế độ bảo hiểm tai nạn. |
| Tiểu học 1 | | | |
| Tiểu học 2 | | | |
| Tiểu học 3 | | | |
| Tiểu học 4 | | | |
| Tiểu học 5 | | | |
| Tiểu học 6 | | | |
| Trung học 1 | | | |
| Trung học 2 | | | |
| Trung học 3 | | | |

健康③

Năm Tháng Ngày……

Kính gửi quý phụ huynh

Hiệu trưởng

# THÔNG BÁO VỀ VIỆC KHÁM SỨC KHỎE

Nhằm duy trì và tăng cường sức khỏe cho học sinh, để các em có thể vui khỏe sinh hoạt tại trường, đồng thời sớm phát hiện được các bệnh tiềm ẩn có thể đang mắc phải, nhà trường sẽ tiến hành kiểm tra sức khỏe như sau.Kính mong sự hợp tác từ gia đình.(Sẽ đánh dấu ✓ vào mục tương ứng)

Chi tiết

1 Ngày giờ và khoản mục kiểm tra

| Số | Khoản mục kiểm tra | Ngày kiểm tra | | | | Học sinh năm |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Tháng | Ngày | Thứ | Thời gian | |
| □ 1 | Kiểm tra nội khoa | | | | | |
| □ 2 | Cân nặng-Chiều cao | | | | | |
| □ 3 | Kiểm tra nha khoa | | | | | |
| □ 4 | Kiểm tra nhãn khoa | | | | | |
| □ 5 | Tai mũi họng | | | | | |
| □ 6 | Kiểm tra thính lực | | | | | |
| □ 7 | Kiểm tra thị lực | | | | | |
| □ 8 | Kiểm tra nước tiểu | | | | | |
| □ 9 | Điện tâm đồ | | | | | |

2 Lưu ý

○Đối với kiểm tra nội khoa, đo chiều cao, cân nặng

※Trẻ cần được tắm rửa sạch, cắt móng tay, móng chân trước ngày kiểm tra.

※Cho trẻ mặc các trang phục mà trẻ có thể tự cởi, tự mặc.

※Ghi tên trẻ vào quần áo và đồ lót để tránh nhầm lẫn.

○Đối với kiểm tra nha khoa

※Đảm bảo trẻ phải được đánh răng sau khi ăn sáng.

○Đối với kiểm tra tai mũi họng

※Cho trẻ làm vệ sinh tai trước ngày kiểm tra.

3 Khác

Kết quả kiểm tra sẽ được thông báo sau.

健康④

Năm tháng ngày….

Kính gửi quý phụ huynh

Từ hiệu trưởng

# THÔNG BÁO VỀ KẾT QUẢ KIỂM TRA NỘI KHOA

Năm……Lớp……Họ và tên

Dựa vào kết quả kiểm tra sức khỏe, chúng tôi xin được thông báo về các khuyến cáo đã được xác nhận như sau.Kính mong quý phụ huynh thảo luận với bác sĩ về vấn đề này, để con em được kiểm tra chi tiết trong thời gian sớm nhất có thể.

(Chúng tôi sẽ đánh dấu ✓vào các nội dung tương thích□)

【Khuyến cáo】

1 Tình trạng dinh dưỡng □Có khuynh hướng béo phì□Có vấn đề về dinh dưỡng□Nghi ngờ bị thiếu máu.

2 Cột sống・Cơ ngực・Tứ chi □Có bất thường

( )

3 Các bệnh về da □Viêm da dị ứng □Nổi mẫn □Khác

4 Tim mạch □Rối loạn nhịp tim □Tiếng thổi tim（ ）

5 Khác

※Sau khi đã trao đổi với bác sĩ chuyên khoa, vui lòng mang kết quả chẩn đoán đến nộp cho trường

. . . . . .

KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN

Năm……Lớp……Họ và tên

Kết quả chẩn đoán và các chỉ thị đối với nhà trường

Chẩn đoán（Tên bệnh）

Hướng chữa trị

Nội dung cần lưu ý khi học sinh ở trường:

Tôi cam đoan đã tiến hành chẩn đoán đúng với nội dung trên

Năm……tháng…….ngày…….

Tên cơ quan y tế

Tên bác sĩ Con dấu

# PHIẾU ĐIỀU TRA SỨC KHỎE(NHA KHOA）

Năm……Lớp…….Họ và tên

Sẽ tiến hành kiểm tra về răng, nướu, độ đồng đều của răng mọc, khớp nhai, khớp quai hàm, tình trạng mảng bám răng.
Hãy đánh dấu○vào mục tương ứng.
Học sinh có nhu cầu thảo luận với nha sĩ của trường, vui lòng ghi rõ vào phiếu.

Các khoản mục tự kiểm tra về răng, nướu, quai hàm.

1．Khi mở miệng, ngậm miệng, các khớp quai hàm có phát ra âm thanh không?
（ Có ・ Không ）

2．Có cảm giác khó mở miệng, hay cảm thấy đau khi mở miệng không?
（ Có ・ Không ）

3．Có băn khoăn về tình trạng răng mọc không?。
（ Có ・ Không ）

4．Nướu có bị chảy máu không?
（ Có ・ Không ）

5．Răng có bị đau, bị ê buốt không?
（ Có ・ Không ）

6．Có từng thấy khó nuốt thức ăn không?
（ Có ・ Không ）

7．Có băn khoăn vì bị hôi miệng không?
（ Có ・ Không ）

8．Có biết CO là gì không?
（ Có ・ Không ）

9．Có biết GO là gì không?
（ Có ・ Không ）

【Nội dung muốn trao đổi với nha sĩ của trường】

健康⑤

Lệnh Hòa năm　　tháng……ngày……

Kính gửi quý phụ huynh

Tên trường＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Tên hiệu trưởng＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

# KẾT QUẢ KHÁM RĂNG MIỆNG VÀ KHUYẾN CÁO ĐI NHA SĨ

Năm　　Lớp　　Họ và tên＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Việc khám răng miệng được thực hiện vào tháng……ngày……Kết quả này được thể hiện ở các mục có đánh dấu○

| | | |
|---|---|---|
| **Bình thường** | | Qua quá trình kiểm tra, chúng tôi không phát hiện được bất kỳ bất thường nào về răng miệng.Để tiếp tục duy trì tình trạng sức khỏe hiện nay,hãy đánh răng thật kỹ với kem đánh răng có chứa fluoride(dùng chỉ nha khoa), thực hiện nếp sống(Đời sống ẩm thực) có nguyên tắc.Ngoài ra, các em nên định kỳ đến khám ở nha sĩ riêng để được kiểm tra, được hướng dẫn bảo vệ răng miệng đúng cách. |

**【 Đối với các em"Chỉ cần theo dõi tiến trình"ở mục có dấu ○】**: Tại nhà, các em cần đánh răng thật kỹ với kem đánh răng có floride (dùng chỉ nha khoa), hết sức lưu ý sao cho có được lối sống sinh hoạt (đời sống ẩm thực) cho đúng cách, và theo dõi mức độ cải thiện.Ngoài ra, chúng tôi cũng khuyên các em nên tiếp nhận sự chỉ đạo, quản lý thường xuyên từ nha sĩ riêng.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Theo dõi tiến trình** | | CO | Có răng chóm bị sâu, và răng này có khả năng cao là sẽ chuyển sang răng sâu ( Răng sữa ・ Răng vĩnh viễn ) |
| | | GO | Nướu bị sưng nhẹ và bị chảy máu.Có khả năng cao là sẽ chuyển sang viêm nướu răng. |
| | | Có mảng bám răng | Có mảng bám ở răng do đánh răng không kỹ。 |
| | | Hàm răng・Khớp quai hàm | Cần lưu ý theo dõi diễn biến |

**【 Đối với các em có dấu ○ 】**: Chúng tôi khuyên các em nên sớm được kiểm tra và chữa trị sớm.

Sau khi đã trao đổi với nha sĩ, hoặc kết thúc chữa trị, hãy yêu cầu nha sĩ điền kết quả vào nội dung dưới đây và nộp lại cho trường.

| | Bất thường | | Cụ thể | Kết quả khám |
|---|---|---|---|---|
| **Nên sớm gặp nha sĩ** | | Cần trao đổi về CO (C O-S) | Có răng có khả năng cao là sẽ bị sâu （ Răng sữa ・ Răng vĩnh viễn ） | Kết thúc chữa trị・Quan sát tiến trình |
| | | Răng sâu (C) | Có răng bị lủng lỗ do sâu （ Răng sữa ・ Răng vĩnh viễn ） | Kết thúc chữa trị・Quan sát tiến trình |
| | | Viêm nướu (G) | Bị viêm nướu do có cáu răng bám vào quanh răng. | |
| | | Có cáu răng | Chưa đến mức viêm nướu, nhưng có cáu răng bám quanh răng. | Kết thúc chữa trị |
| | | Răng mọc không đều | Răng mọc , khớp nhai bị lệch, không đồng đều. | Bắt đầu chữa trị・Quan sát tiến trình |
| | | Khớp quai hàm có bất thường | Phát hiện được triệu chứng của khớp quai hàm | Kết thúc chữa trị・Quan sát tiến trình |
| | | Cần lưu ý răng sữa | Tại vị trí mọc của răng vĩnh viễn vẫn còn sót lại răng sữa | Kết thúc chữa trị・Quan sát tiến trình |
| | | Có mảng bám răng | Có khá nhiều mảng bám ở bề mặt răng, ở răng khôn mới nhú. | Kết thúc chữa trị・Quan sát tiến trình |
| | | Khác | | Kết thúc chữa trị・Quan sát tiến trình |

**Kính gửi nha sĩ**　　Lệnh Hòa năm　　tháng　　ngày…..

Sau khi kiểm tra chi tiết, mong nha sĩ có hướng chữa trị.　　Tên cơ quan y tế

Đề nghị nha sĩ ghi vào kết quả trao đổi hoặc chữa trị

Tên nha sĩ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　Đóng dấu

**Kính gửi quý phụ huynh**

Trong các khoản mục cần lưu ý, việc niềng răng để điều trị「Răng mọc không đều」là khoản mục chữa trị không dùng được bảo hiểm。

Đối với các em có dấu ○ ở mục「Răng mọc không đều」, nếu các em không có nguyện vọng cần điều trị chỉnh nha, phiền quý phụ huynh điền tên vào mục Họ tên phụ huynh, đóng dấu và nộp về trường.　　Lệnh Hòa năm……tháng……ngày…..

Tạm không trao đổi, chữa trị tình trạng「Răng mọc không đều」ở lần này　　Họ và tên phụ huynh＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　Đóng dấu

# 【Mặt trận】PHIẾU ĐIỀU TRA CHẨN ĐOÁN NHÃN KHOA

Phiếu「Điều tra chẩn đoán nhãn khoa 」này được dùng như tài liệu tham khảo để quyết định xem học sinh có cần thiết được kiểm tra mắt tại trường hay không.Vì thế, quý phụ huynh hãy ghi đúng thực trạng của trẻ.

Khối　　Lớp　　Số　　Họ tên

Đánh dấu ○vào nội dung tương thích

| | Nội dung phỏng vấn | Đánh dấu ○ |
|---|---|---|
| 1 | Mắt thường có ghèn | |
| 2 | Mắt thường bị ngứa | |
| 3 | Mắt thường xuyên bị đỏ | |
| 4 | Mắt thường hay bị đau | |
| 5 | Khó nhìn mặt chữ trên bảng đen | |
| 6 | Đang đeo kiếng | |
| 7 | Đang đeo kính sát tròng | |
| 8 | Có những màu sắc dễ nhầm lẫn, có màu sắc khó phân biệt(Ví dụ:Xanh lá, màu đỏ) | |
| 9 | Trong vòng 1 năm nay, có từng đi khám nhãn khoa không? | |
| | Nếu có, khi ấy được chẩn đoán là bệnh gì?<br>(　　) | |
| 10 | Có cần trao đổi gì với bác sĩ nhãn khoa không? | |
| | Nội dung cần trao đổi<br>(　　) | |
| 11 | Ghi cụ thể những băn khoăn, lo lắng-nếucó.<br>(　　) | |

**Mục ghi chú tiếp theo có ở mặt sau**

| | | |
|---|---|---|
| 13 | Không có nội dung nào từ 1~10 cần đánh dấu ○<br>Đã đánh dấu ○ vào mục 12 ở mặt sau. | |

※ Nội dung nhà trường ghi

| | | |
|---|---|---|
| Kết quả kiểm tra thị lực | Mắt thường ・ Đeo kính ・ Kính sát tròng (Khoanh tròn ở mục tương ứng) | |
| | Thị lực tương ứng | Mắt phải (　A　B　C　D　) |
| | | Mắt trái (　A　B　C　D　) |
| Kết quả kiểm tra　Bình thường ・ Cần theo dõi ・ Cần được khám (　　)<br>Khác(　　) | | |

# 【Mật sau】VỀ VIỆC KIỂM TRA BỆNH MÙ MÀU

Thực tế cho thấy tỷ lệ mắc bệnh mù màu bẩm sinh ở nam giới là 5% (20 người có 1), ở nữ là 0.2% ( 500 người có 1).

Người mắc bệnh này hầu như không có trở ngại gì trong sinh hoạt.Tuy nhiên, có đôi chút khó khăn trong một vài tiết học có sử dụng màu sắc.Vì thế cần có sự quan tâm khi các em sinh hoạt tại trường.

Đối với bệnh này, nhiều trường hợp cả bản thân người bệnh cũng không nhận ra.Thậm chí cũng không ít trường hợp cả phụ huynh cũng không để ý.Tuy nhiên, việc kiểm tra xem có bệnh hay không là cần thiết khi chọn môn học, chọn nghề, định hướng tương lai, hay đơn thuần chỉ để các em biết được khả năng phân biệt màu sắc của mình.

Trên tinh thần nắm bắt được nội trình bày ở trên, vui lòng đánh dấu ○ vào phần nguyện vọng

| | Về việc kiểm tra mù màu | Đánh dấu ○ |
|---|---|---|
| 12 | Có nguyện vọng | |
| | Không có nguyện vọng | |

kiểm tra.

Họ tên phụ huynh　　Đóng dấu

Lệnh Hòa năm　　tháng　　ngày…..

Kính gửi quý phụ huynh

Tên trường
Tên hiệu trưởng

# THÔNG BÁO VỀ KẾT QUẢ KIỂM TRA NHÃN KHOA

Khối　Lớp　　Họ tên

Dựa theo kết quả nhãn khoa, chúng tôi xin thông báo trẻ bị nghi ngờ mắc bệnh như được đánh dấu○ dưới đây.

Sau khi cho trẻ chữa trị xong, vui lòng thông báo cho giáo viên chủ nhiệm.

| | Tên bệnh | | Tên bệnh |
|---|---|---|---|
| | Viêm kết mạc mãn tính | | Chắp mắt |
| | Viêm kết mạc dị ứng | | Lẹo mắt |
| | Đau mắt hột | | Viêm kết mạc mùa xuân |
| | Viêm mi mắt | | Đục thủy tinh thể |
| | Quặm mi | | |

1　Đưa trẻ đi khám trong thời gian sớm nhất.

2　Đưa trẻ đi khám sau khi có triệu chứng phát bệnh.

## Kết quả khám bệnh và chỉ thị của bác sĩ

| | | |
|---|---|---|
| Kết quả chẩn đoán<br>（Tên chẩn đoán） | | |
| Chỉ thị của bác sĩ | | |
| Bơi lội trong hồ bơi<br>(Đánh dấu ○ vào mục tương thích) | Cho phép | Nghiêm cấm |

Lệnh Hòa năm　　tháng　　ngày…….

Tên cơ quan y tế
Tên bác sĩ

健康⑦

Năm tháng ngày…..

Kính gửi quý phụ huynh

Hiệu trưởng

# THÔNG BÁO VỀ KẾT QUẢ KIỂM TRA THỊ LỰC

Năm Lớp Họ và tên

Kết quả kiểm tra thị lực được thể hiện như sau.Các em có kết quả từ B～D hãy đến khám ở bác sĩ nhãn khoa để được nhận hướng dẫn hoặc chữa trị.

Kết quả được đánh giá theo A、B、C、D

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | …1.0 trở lên | B | …0.9～0.7 | C | …0.6～0.3 | D | Dưới 0.3 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Thị lực không kính | Phải（ ）Trái（ ） | Thị lực có kính | Phải（ ）Trái（ ） |

☆Sau khi đã qua kiểm tra ở bác sĩ nhãn khoa, nhất thiết phải thông báo kết quả kiểm tra cho giáo viên chủ nhiệm khối.

## KẾT QUẢ KIỂM TRA CHUYÊN KHOA

| | Phải | Trái |
|---|---|---|
| Thị lực không kính | （ ） | （ ） |
| Thị lực có kính | （ ） | （ ） |
| Kết quả kiểm tra | Bình thường Viễn thị Loạn thị<br>Nhược thị<br>Cận thị Rung giật nhãn cầu<br>Khác（ ） | Bình thường Viễn thị Loạn thị<br>Nhược thị<br>Cận thị Rung giật nhãn cầu<br>Khác（ ） |
| Chữa trị・Theo dõi | （ Cần ・ Không cần ）［Sau tháng］ | |
| Chỉ thị của bác sĩ | Nhỏ mắt （ Cần ・ Không cần ）<br>Đeo kiếng （ Cần ・ Không cần ・Thay kiếng ・ Theo dõi ）<br>Đeo kiếng （ Thường xuyên・ Trong giờ học）<br>Khác （ ） | |

Tôi xác nhận đã khám như trên

Năm tháng ngày……

Tên cơ quan y tế

Tên bác sĩ Đóng dấu

# PHIẾU ĐIỀU TRA SỨC KHỎE（Dành cho khoa tai-mũi-họng của trường tiểu học）

Năm　　Khối　　Số　　Họ và tên

Phiếu điều tra sức khỏe này được dùng như tư liệu tham khảo để phán đoán xem học sinh có cần được bác sĩ khoa tai mũi họng khám tại trường hay không? Hãy đánh dấu ○ vào nội dung mà gia đình và bản thân học sinh nhận thấy phù hợp.

1．Trong vòng 3 tháng tới có dự định đi chữa trị ở khoa tai mũi họng (Tên bệnh:　　)

2．Tai nghe có vẻ không tốt.

3．**Quanh năm luôn cảm thấy bất tiện** với chứng nghẹt mũi, chảy mũi, hắt hơi.

4．Miệng lúc nào cũng mở.

5．Ngày nào cũng ngáy rất to.

6．Bị khan tiếng

7．Phát âm không rõ

8．Không có triệu chứng nào như miêu tả ở mục（1 đến 7）ở trên.

〔Phụ huynh không viết vào mục này〕

| Nội dung bên trường ghi（Các mục mà giáo viên chủ nhiệm nhận thấy） | Kết quả kiểm tra |
|---|---|
| 1．Tai nghe dường như không tốt<br>2．Hay ngoáy mũi<br>3．Hay hít mũi vào.<br>4．Thường có tình trạng buồn ngủ trong suốt giờ học(đặc biệt là buổi sáng)<br>5．Thường hay há miệng<br>6．Khan tiếng<br>7．Phát âm không rõ<br>8．Có bất thường khi kiểm tra thính lực<br>（・Phải・Trái・Cả hai・1000・4000Hz）<br>9．Nghỉ học trên 1 tuần ở năm học trước<br>（Nguyên nhân là do sốt, đau họng）<br>10．Chưa nộp kết quả kiểm tra chi tiết của khoa tai mũi họng sau khi được khuyến cáo cần qua kiểm tra ở năm trước. | A1Nghi ngờ chứng khó nghe　C1Nghi ngờ bị amidan<br>A2Quá nhiều ráy tai　C2 Phì đại amidan<br>A3Viêm tai giữa tiết dịch　C3Viêm amidan<br>A4Viêm tai giữa mãn tính C4Bất thường về âm thanh<br>C5Bất thường về ngôn ngữ<br>B1Viêm mũi mãn tính<br>B2Viêm mũi dị ứng<br>B3Viêm xoang<br>B4Lệch vách ngăn mũi<br><br>DBệnh khác（　　）<br>EBình thường |

## PHIẾU ĐIỀU TRA SỨC KHỎE（Dành cho khoa tai-mũi-họng của trường trung học）

Năm　　Khối　　Số　　Họ và tên

Phiếu điều tra sức khỏe này được dùng như tư liệu tham khảo để phán đoán xem học sinh có cần được bác sĩ khoa tai mũi họng khám tại trường hay không? Hãy đánh dấu ○ vào nội dung mà gia đình và bản thân học sinh nhận thấy phù hợp.

1．Trong vòng 3 tháng tới có dự định đi chữa trị ở khoa tai mũi họng (Tên bệnh:　　)

2．Hay bị hoa mắt, chóng mặt（Chú ý: Không phải chóng mặt khi đứng dậy）

3．Quanh năm、**thường bị khó chịu** bởi chứng hắt hơi và chảy nước mũi.

4．Chảy nước mũi đặc, nhiều khi đi xuống cổ họng

5．Thường khó chịu vì nghẹt mũi

6．Khó nhận biết được mùi

7．Khan tiếng

8．Không có triệu chứng nào như miêu tả ở mục（1 đến 7）ở trên.

〔Phụ huynh không viết vào mục này〕

| Nội dung trường ghi（Những gì mà giáo viên chủ nhiệm hay trường nhận thấy） | Kết quả kiểm tra |
|---|---|
| 1．Bất thường khi kiểm tra thính lực（・Phải・Trái・Cả hai・1000・4000Hz） | A1 Nghi ngờ chứng khó nghe　C1 Nghi ngờ bị amidan |
| 2．Chưa nộp kết quả kiểm tra chi tiết của khoa tai mũi họng sau khi được khuyến cáo cần qua kiểm tra ở năm trước. | A2 Quá nhiều ráy tai　C2 Phì đại amidan |
| 3．Học sinh nên được kiểm tra | A3 Viêm tai giữa tiết dịch　C3 Viêm amidan |
| （Lý do：○ Tai nghe không tốt　） | A4 Viêm tai giữa mãn tính　C4 Bất thường về âm thanh |
| ○ Hay há miệng | C5 Bất thường về ngôn ngữ |
| ○ Phát âm không rõ | B1 Viêm mũi mãn tính |
| ○ Khác | B2 Viêm mũi dị ứng |
| | B3 Viêm xoang |
| | B4 Lệch vách ngăn mũi |
| | D Bệnh khác（　） |
| | E Bình thường |

Lệnh Hòa năm tháng ngày ….

Kính gửi quý phụ huynh

Hiệu trưởng

## THÔNG BÁO VỀ KẾT QUẢ KIỂM TRA TAI MŨI HỌNG

Năm Khối

Dựa vào kết quả khám tai mũi họng, chúng tôi nghi ngờ trẻ mắc bệnh như được khoanh tròn.Quý phụ huynh nhanh chóng đưa trẻ đi khám chuyên khoa tai mũi họng.Trẻ đã được khám hãy nộp Kết quả khám bệnh dưới đây về trường.

・Quá nhiều ráy tai : Ráy tai nhiều đến mức không nhìn thấy màng nhĩ.Với tình trạng này, nếu trẻ đi bơi sẽ dễ bị viêm tai ngoài.Hãy cho trẻ đi khám tai mũi họng trước khi khóa bơi bắt đầu.

・Viêm tai giữa mãn tính : Màng nhĩ bị thủng lỗ sẽ làm chảy mủ tai, hoặc khiến khả năng nghe bị kém đi. Hãy cho trẻ đi khám trước khi khóa bơi bắt đầu.

・Viêm tai giữa tiết dịch : Không quá đau và không nhiều mủ tai nhưng khiến cho khả năng nghe bị kém đi.

・Nghi ngờ chứng khó nghe : Hãy đến khám bác sĩ để xác định nguyên nhân và mức độ

・Viêm mũi dị ứng : Triệu chứng chủ yếu là hắt hơi, chảy mũi, nghẹt mũi.Bị quanh năm sẽ làm giảm khả năng tập trung, ảnh hưởng đến giấc ngủ, thậm chí làm chậm phát triển.Dị ứng phấn hoa cũng là một loại.

・Viêm xoang :Chứng viêm xoang mãn tính, dẫn đến các chứng bệnh như nghẹt mũi, chảy nước mũi đặc, nặng đầu.

・Lệch vách ngăn mũi : Triệu chứng đặc thù là nghẹt mũi thường xuyên, dễ làm chảy máu cam và nặng đầu.

・Viêm mũi mãn tính : Gây ra chứng nghẹt mũi, chảy mũi.Thời gian bệnh kéo dài có thể dẫn đến bị cảm hay viêm xoang dạng nhẹ.

・Viêm amidan : Bệnh tái đi tái lại, dễ dẫn đến đau họng và sốt.

・Phì đại amidan : Dễ dẫn đến tình trạng khó hô hấp dạng nhẹ và khó nuốt thức ăn to.Đôi khi là nguyên nhân làm cho không hô hấp khi ngủ hoặc ngáy.

・Amidan :Cùng với tuổi tác, tuyến hạch sau mũi sẽ to dần, đôi khi là nguyên nhân dẫn đến viêm tai giữa tái phát, ngáy, nghẹt mũi, không thở khi ngủ.

・Bất thường âm thanh, ngôn ngữ : Tiếng bị khan, và có bất thường trong lời nói

---

## KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN

Năm Lớp Số Ho tên

Kết quả chẩn đoán

Hướng chữa trị （1）Theo dõi （2）Hiện đang trị （3）Đã chữa xong （4）Khác

Bơi lội （1）Được phép （2）Được phép nếu dùng bịt tai （3）Khác

Nội dung khác

Lệnh Hòa năm tháng…….ngày….

Tên bác sĩ

Năm tháng ngày

Kính gửi quý phụ huynh

Hiệu trưởng

THÔNG BÁO VỀ KIỂM TRA NƯỚC TIỂU

Nhằm sớm phát hiện ra các bệnh có thể tiềm ẩn nơi trẻ, nhà trường xin thông báo sẽ tiến hành kiểm tra như sau (Nội dung tương ứng sẽ được đánh dấu ✔ vào ô vuông)

□Kiểm tra nước tiểu

1 Mục đích Tiến hành nhằm sớm phát hiện ra các bệnh về gan hay tiểu đường

2 Ngày mang mẫu đến Tháng（ ）ngày（ ）
Mang đến vào ngày sau nếu lỡ quên Tháng （ ）ngày（ ）

3 Địa điểm mang mẫu đến □Lớp học □Phòng y tế

4 Đối tượng kiểm tra Toàn thể học sinh của khối

5 Cách lấy mẫu nước tiểu

（1） Vào sáng ngày kiểm tra, vừa thức dậy hãy lấy mẫu nước tiểu ngay.Không lấy phần nước tiểu đầu, chỉ lấy phần nước tiểu sau và chiết vào ống lấy mẫu.

（2） Chiết nước tiểu vào đến vạch quy định của ống.

（3） Đóng nắp thật chặt và bỏ ống vào bao (Trường sẽ phát cho học sinh ống lấy mẫu và bao)

6 Trường hợp cần kiểm tra nước tiểu lần hai, trường sẽ thông báo sau.

健康⑪

## THÔNG BÁO TẠM NGHỈ HỌC

Năm Lớp Họ và tên

Vì lý do như sau, trường xin thông báo học sinh tạm được nghỉ học.

1 Lý do tạm nghỉ học

□Dịch cúm □Viêm tuyến nước bọt mang tai □Thủy đậu □Rubella

□Khác（□Bệnh truyền nhiễm do liên cầu khuẩn □ ）

2 Thời gian nghỉ học

Từ năm……tháng…….ngày ~ Đến khi được bác sĩ cho phép

3 Các mục tham khảo khác

Năm tháng ngày….

Kính gửi quý phụ huynh

Hiệu trưởng Đóng dấu

## ĐƠN XIN PHÉP ĐƯỢC LÊN LỚP

Kính gửi hiệu trưởng

Tên bệnh □Dịch cúm □Viêm tuyến nước bọt mang tai □Thủy đậu □Rubella

□Khác（□Bệnh truyền nhiễm do liên cầu khuẩn□

Năm……..Lớp……..Họ và tên…….

Nhận thấy bệnh truyền nhiễm nói trên đã thuyên giảm, chúng tôi đề nghị trường cho phép trẻ được đi học lại từ tháng…….ngày……

Năm……tháng…….ngày……

Tên cơ quan y tế

Tên bác sĩ Đóng dấu

※ Hãy mang đơn xin phép này đến trường.

Kính gửi quý phụ huynh

Để con em chúng ta vui vẻ trải qua đời sống học đường có ý nghĩa, chúng ta cần phải quan tâm đến sức khỏe của chúng.Đặc biệt đối với những trẻ có bệnh về tim mạch, việc quản lý sức khỏe của chúng là hết sức quan trọng. Chính vì thế, việc kiểm tra tim mạch chiếm một vị trí quan trọng trong quy trình khám sức khỏe.Lần điều tra này đặc biệt cần thiết cho buổi khám sức khỏe.Kính mong nhận được sự hợp tác của quý phụ huynh.

＊Lưu ý khi điền thông tin：Đối với câu hỏi từ 1~4, sau khi khoanh tròn vào nội dung tương ứng, hãy viết thông tin cần thiết vào phần để trống.

Ngày khám bệnh　Năm Lệnh Hòa thứ.....tháng....ngày.....　　Hiệu trưởng

| Tên trường | Năm　Lớp....Số.... | Phiên âm hiragana<br>Họ tên | Giới tính | Ngày tháng năm sinh<br>Năm Lệnh Hòa thứ　tháng　.....ngày..... |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

**Câu hỏi 1　Gần đây có triệu chứng nào như miêu tả dưới đây không?**

a　Đôi khi tim đập nhanh (gấp đôi bình thường) mặc dù không có gì đặc biệt・・・・・・・( Có　Không )
b　Chỉ vận động một chút là đã đuối sức・・・・・・・・・・・・・・・・・・・( Có　Không )
c　Khi vận động, ngực đau như bị co thắt　・・・・・・・・・・・・・・・( Có　Không )
d　Thỉnh thoảng, mạch bị gián đoạn・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・( Có　Không )
e　Trong khi đang nghỉ ngơi, đang vận động, hoặc sau khi vừa vận động đã từng ngất đi ・・( Có　Không )
f　Tim đập nhanh và khó thở mặc dù leo cầu thang với tốc độ bình thường・・・・・・・・( Có　Không )

**Câu hỏi 2　Cho đến nay, đã từng bị cơ quan y tế nào đó, hoặc bị nói khi đi khám sức khỏe rằng「Tim mạch yếu」「Cần lưu ý」không?**

**Học sinh từng bị nói như trên hãy trả lời các câu hỏi từ 1) ~ 4)　（ Có　Không ）**

1）Bị nói như thế nào? (Sau khi khoanh tròn nội dung tương ứng, hãy ghi cụ thể tên bệnh)
a Bệnh tim di truyền　b Rối loạn nhịp tim　c Đau cơ tim　d Tiếng thổi tim　e Bất thường điện tâm đồ　f Bệnh thấp tim
g Bệnh khác　Tên bệnh
2）Bị nói ở đâu và khi nào?
Khi nào（Khoảng　tuổi　tháng）Ở đâu　1)Tên cơ quan y tế ：　2)Lúc khám sức khỏe tại trường：Năm lớp…….
3）Khi đó đã xử lý như thế nào?
a　Kiểm tra chi tiết và được chẩn đoán「Không cần theo dõi」hoặc「Không bất thường」Tên bệnh viện：
Lệnh Hòa năm　tháng　ngày…..
b Định kỳ đến khám ở cơ sở y tế
Tên viện đang khám：　（ lần／ năm）đi viện. Phân mục quản lý：A　B　C　D　E （Được phép Cấm）
c　Chưa đi khám hoặc bỏ qua không quan tâm
4）Đã từng phẫu thuật tim chưa?
a Đã từng ⟶ Lần phẫu thuật cuối cùng là ở đâu? Khi nào?
b Chưa từng ⟶ Lệnh Hòa năm　tháng　Tên cơ quan y tế：

**Câu hỏi 3　Đã từng mắc bệnh Kawasaki chưa?** ・・・・・・・・・・・・・・・・・( Có　Không )

**Trả lời tiếp câu hỏi ①~③ đối với ai trả lời [Có]**

1）Được phán bệnh như thế khi nào?Ở đâu　(Khoảng　tuổi　tháng）Tên cơ quan y tế：
2）Kết quả siêu âm tim là như thế nào?
a Bình thường　b Phình động mạch vành nhất thời　c Hiện vẫn bị bệnh động mạch vành　d Chưa siêu âm tim
3）　Hiện xử lý như thế nào?
a Định kỳ đến khám ở cơ sở y tế
Cơ sở y tế đang khám hiện nay：　（ lần／ năm）đi viện.Phân mục quản lý：A B C D E （Được phép　Cấm)
b Bác sĩ chỉ định rằng cần phải khám định kỳ hoặc cần chữa trị nhưng vẫn chưa đi khám.
c Kết quả kiểm tra là「Không cần theo dõi」nên không còn bận tâm　Khoảng năm Lệnh Hòa thứ……..tháng……
Tên cơ quan y tế：

**Câu hỏi 4　Trong gia đình hoặc họ hàng, có ai đột tử do tim, hoặc đột tử mà không rõ nguyên nhân ở độ tuổi dưới 40 tuổi không?**

( Có　Không)

# PHIẾU ĐIỀU TRA CHẨN ĐOÁN HO LAO

Ngày điền thông tin Lệnh Hòa năm…...tháng….ngày……

| Trường Năm…..Lớp…..Số…… | Họ tên | |
|---|---|---|

Đánh dấu ○vào nội dung tương ứng đối với từng câu hỏi

| Nội dung câu hỏi | | Hãy đánh dấu ○ vào nội dung thích hợp | |
|---|---|---|---|
| Câu hỏi 1 | Trong vòng hai năm qua, trẻ có từng mắc bệnh mang tính lao phổi không? (Ví dụ:Phổi bị mờ、Viêm màng phổi, lao hạch cổ) | Có Khoảng năm Lệnh Hòa thứ tháng ngày…. | Không |
| Câu hỏi 2 | Trong vòng hai năm qua trẻ có từng mắc bệnh lao và phải uống thuốc ngừa lao hay không? | Có Khoảng năm Lệnh Hòa thứ tháng ngày…. | Không |
| Câu hỏi 3 | Có ai trong gia đình, hay người sống cùng với trẻ từng mắc bệnh lao trong vòng hai năm trước không? | Có Khoảng năm Lệnh Hòa thứ tháng ngày…. | Không |
| Câu hỏi 4 | Trong vòng 3 năm qua, trẻ có từng sống ở nước ngoài, với thời gian sống cộng dồn lại là trên 6 tháng không? | Có Khoảng năm Lệnh Hòa thứ tháng ngày…. | Không |
| Câu hỏi phụ | ＊Trẻ chọn trả lời「Có」cho câu 4 hãy trả lời tiếp | | |
| 4-1 | Đó là nước nào? 〔 〕 | | |

| Câu hỏi 5 | Trẻ đang bị [Ho] hoặc [Có đờm] kéo dài trên 2 tuần không? | Có | Không |
|---|---|---|---|
| Câu hỏi phụ | ＊Trẻ chọn trả lời「Có」cho câu 5 hãy trả lời tiếp | | |
| 5-1 | Trẻ có đang được điều trị hoặc kiểm tra đối với tình trạng [Ho] hoặc [Có đờm] này tại cơ quan y tế không? | Có | Không |
| 5-2 | Trẻ có bị bác sĩ chẩn đoán là Hen suyễn, viêm phế quản dạng hen không? | Có | Không |

＊ Câu hỏi 6 chỉ dành cho học sinh lớp một tiểu học

| Câu hỏi 6 | Trẻ có từng chích ngừa BCG (Chích ngừa dạng đóng dấu ấn vào) không? Hãy xem lại sổ theo dõi mẹ và bé để trả lời | Có | Không |
|---|---|---|---|
| Câu hỏi phụ | ＊Trẻ chọn trả lời「Không」cho câu 6 hãy trả lời tiếp | | |
| 6-1 | Tại sao? | Do xét nghiệm phản ứng Tuberculin là dương tính | Lý do khác |

Phụ huynh không viết vào đây

| Chỉ thị kiểm tra chi tiết bệnh lao (Ý kiến của bác sĩ trường) | |
|---|---|
| Cần | Không cần 〔 Lý do 〕 |

(Kính gửi phụ huynh) Trẻ trả lời [Có] ở bất kỳ câu nào từ 1~ 3 sẽ được Trạm y tế xem nội dung bản Điều tra sức khỏe này để kiểm tra tình hình quản lý sức khỏe của trẻ.Mong quý vị hiểu cho.。

# PHIẾU CHẨN ĐOÁN　KIỂM TRA CHI TIẾT BỆNH LAO

Ngày ghi :　Lệnh Hòa năm……tháng….ngày….

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Họ tên người được kiểm tra | | Họ tên phụ huynh | | | |
| Ngày tháng năm sinh | Lệnh Hòa năm..tháng…ngày….. | Năm học | | Tuổi | |
| Địa chỉ | | | | Số điện thoại | |
| Tình trạng sức khỏe hiện nay | | | | | |
| Bản thân người được kiểm tra và gia đình có tiền sử bệnh lao hay không? | | | | | |
| Tiền sử về bệnh liên quan đến hô hấp của trẻ | | | | | |
| Quá trình phản ứng Tuberculin | Lệnh Hòa năm　tháng　ngày….. | Kết quả　＋　－　（　×　㎜） | | | |
| | Lệnh Hòa năm　tháng　ngày….. | Kết quả　＋　－　（　×　㎜） | | | |
| | Lệnh Hòa năm　tháng　ngày….. | Kết quả　＋　－　（　×　㎜） | | | |
| | Lệnh Hòa năm　tháng　ngày….. | Kết quả　＋　－　（　×　㎜） | | | |
| Quá trình chích ngừa BCG | Có　Không | | | | |
| | Ngày chích ngừa sau cùng　Lệnh Hòa năm　tháng　ngày…… | | | | |

Lưu ý

- Về tình hình sức khỏe hiện tại của trẻ như sốt, ho, có đờm, cơ thể uể oải, đau đầu, vào ngày kiểm tra cần phải làm rõ xem có hay không.
- Về quá trình phản ứng với tuberculin xét nghiệm trực khuẩn lao, hãy ghi cụ thể ngày chích tuberculin.
  Ghi kết quả xét nghiệm.Nếu có nốt sẩn, hãy đo và ghi lại kích thước ấy.Nếu có các phản ứng khác như nốt sưng, hãy ghi cụ thể.
- Về quá trình chích ngừa BCG: Hãy kiểm tra sổ tay mẹ và bé để biết được ngày chích ngừa BCG khi bé còn nhỏ.
- Hãy mang theo Phiếu chẩn đoán này, cùng với sổ tay mẹ và bé theo cùng vào ngày kiểm tra.

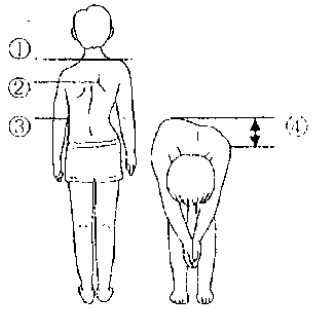
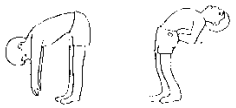
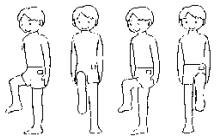
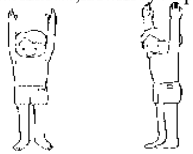
健康⑮

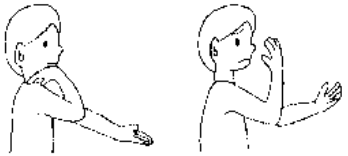
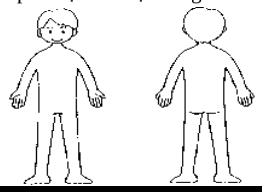
# PHIẾU ĐIỀU TRA HỆ VẬN ĐỘNG

Năm　Lớp　Số　Họ và tên　Nam・Nữ

**※Gửi quý phụ huynh・・・Phụ huynh chỉ ghi trong phạm vi khung kẻ đậm。Khoanh tròn vào số của nội dung tương thích**

Môn thể thao hiện đang theo (Gồm cả ballet, khiêu vũ) : Không　Có (Tên môn thể thao　　) Thời gian theo môn này　……năm

| 1）Về bệnh vẹo cột sống | Nội dung phụ huynh ghi | Cột ghi nhận xét ngày kiểm tra |
|---|---|---|
|  | Có 4 nội dung kiểm tra chính<br>① Chiều cao hai vai không đều<br>② Vị trí, chiều cao hai xương bả vai không đều<br>③ Đường hông hai bên trái phải không đều<br>④ Ở tư thế cúi người về trước thì chiều cao phía bên trái và phải của lưng khác nhau | 【Nhận thấy bất thường】<br>Có |
| Đánh dấu vào nội dung cảm nhận được | | |
| Khi cúi gập người về trước, ngả người ra sau, có cảm giác lưng bị đau không ?<br>  | 【Cúi trước】① Không đau<br>② Đau<br>【Ngả sau】① Không đau<br>② Đau | 【Nhận thấy bất thường】<br>Có |
| Đứng bằng 1 chân trên 5 giây (Hãy đứng luân phiên hai chân trái phải)<br>Cơ thể có nghiêng, loạng choạng khi đứng trên một chân không?<br>  | 【Đứng chân trái】① Bình thường<br>② Loạng choạng<br>③ Không đứng được<br>【Đứng chân phải】① Bình thường<br>② Loạng choạng<br>③ Không đứng được | 【Nhận thấy bất thường】<br>Có |
| Ngồi xổm<br>Có thể ngồi xổm hoàn toàn trong tư thế lòng bàn chân áp sát xuống sàn không?<br> | ① Ngồi được<br>② Không ngồi được | 【Nhận thấy bất thường】<br>Có |
| Khi giơ hai tay lên cao khỏi đầu, hai cánh tay có áp vào tai được không?<br>  | Tay trái ① Áp được<br>② Không áp được<br>Tay phải ① Áp được<br>② Không áp được | 【Nhận thấy bất thường】<br>Có |

| | | |
|---|---|---|
| Trong tư thế lòng bàn tay hướng lên trời, khi duỗi cánh tay, có khi nào không duỗi được hoàn toàn、không co được hoàn toàn không (Ngón tay không chạm vào được vai)<br>  | Cùi chỏ trái<br>① Bình thường<br>② Không co được hoàn toàn<br>③ Không duỗi được hoàn toàn<br>Cùi chỏ phải<br>① Bình thường<br>② Không co được hoàn toàn<br>③ Không duỗi được hoàn toàn | 【Nhận thấy bất thường】<br>Có |
| 3）Có cảm thấy lo lắng về bộ phận nào trên cơ thể không? | | |
| Khoanh tròn vào vị trí có triệu chứng bất thường, chẳng hạn như xương, khớp, cơ bắp.Ghi cụ thể về triệu chứng bất thường đó.<br>  | 【Triệu chứng】 | 【Nhận thấy bất thường】<br>Có |
| 4）Ghi tự do những bất an khác về tay, chân hay cơ thể. | | |
| 5）Hiện đang trong quá trình điều trị về các triệu chứng được nêu trong các câu hỏi trên. Không・Có<br>(Tên bệnh　　) | | |

**※Không ghi vào mục dưới đây**

【 Chỉ thị cần kiểm tra chi tiết　Có・Không 】



---

## THÔNG BÁO VỀ KẾT QUẢ KIỂM TRA

Lệnh Hòa năm…..tháng…..ngày…..

Kính gửi quý phụ huynh

Hiệu trưởng

Dựa theo kết quả kiểm tra hệ vận động của trẻ, chúng tôi đề nghị nên cho trẻ đến khám chi tiết ở khoa chỉnh hình. Sau đó, nhờ bác sĩ ghi kết quả kiểm tra vào phiếu dưới đây và mang đến nộp cho trường.

＊ Khi đi khám, nhớ mang theo Phiếu điều tra hệ vận động này cùng với thẻ bảo hiểm (nếu có).

---

## KẾT QUẢ KIỂM TRA

Nội dung kiểm tra　(　　)

Chỉ thị của bác sĩ　(　　)

Lệnh Hòa năm …..tháng……ngày…….

Họ và tên bác sĩ

# SỔ TAY HƯỚNG DẪN HỌC ĐƯỜNG
## ―BẢN DÀNH CHO TIỂU HỌC・TRUNG HỌC―

Lệnh Hòa 2 năm（2020）tháng 1

Biên tập・Phát hành: Văn phòng Ban giáo dục tỉnh Tottori – Khoa giáo dục nhân quyền

〒６８０－８５７０　Tottori shi Higashi machi 1-271

Điện thoại　０８５７－２６－７５３４（Số trực tiếp）

Website　https://www.pref.tottori.lg.jp/jinkenkyouiku/