様式 P-12

入園・入学・編入前健康調査票

ホノルル補習授業校

本校の教育課程及び入学規定は、本校の設置目的に沿って日本国内の学校と同様に実施しています。また、本校は現地校を借用していますので、特別支援を必要とする園児・児童・生徒の受け入れについては、施設、設備、人的環境等から不可能であることを予めお知らせいたします。

当調査の内容は個人情報として取扱います。（本調査票の記載内容は記載日現在にてお願いいたします。）

1. 基本的な内容（専門医による新たな診察は不要です。最近の健康診断記録がある場合はそれを記入、ない場合は保護者の判断にてご記入ください。）

名前（お子様）（　　）		
① 視力	☐ **良好**	☐ **眼鏡・コンタクト使用**
② 聴力	☐ **良好**	☐ **聞こえにくい**
③ ハワイ州で定められた予防接種を受けているか	☐ **受けている**	☐ **受けていない**
受けていない場合理由をお書きください。（理由　　）		
④ 学校生活上、友人関係に配慮を要する事があればお書きください。		
⑤ 学校生活上、担任や教職員が配慮を必要とする事があればお書きください。		

2. 既往症について

迅速な対応をする為に、以下の疾患やアレルギー等についてお知らせください。これらの既往症に対応する医療的行為は州法にて禁止されておりますので、本校では一切できないことをご了承ください。

(薬、エピペン等保健室に預ける場合は、Waiver Form の記入が必要です。事務局に確認してください。)

以下①～⑦全て該当なし ☐ **（左に✓をいれてください）**			
該当するものがある場合は✓をいれてください			
① 食べ物アレルギーあり	☐ 卵	☐ ナッツ類	☐ エビ、カニ類
その他【　　】			
② はちアレルギーあり ☐			
③ 気管支ぜんそくあり ☐			
④ てんかんあり ☐			
⑤ 先天性疾患あり ☐			
⑥ インシュリン依存性糖尿病あり ☐			
⑦ エピペンを携帯している（アレルギー反応を抑える注射）☐			

【注意】不実記載や事実不記載があった場合は、入園・入学・編入後でもその許可を取り消します。

上記記載に間違いはありません。

日付:　　年　　月　　日

保護者サイン: