



## OIST School Age Program Health Survey

### OISTスクールエイジプログラム問診票

Child's Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
 氏名 生年月日

#### Medical History 病歴

- |                          |                             |                              |
|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Heart disease 心臓疾患       | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| Diabetes 糖尿病             | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| Rheumatic fever リウマチ熱    | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| Kidney disease 肝疾患       | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| Asthma 喘息                | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| Convulsion けいれん          | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| Otitis media 中耳炎         | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| Chronic sinusitis 慢性副鼻腔炎 | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| Meningitis 髄膜炎           | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| Surgeries 手術             | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| Injuries けが              | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| Other その他                | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |

Comments コメント: \_\_\_\_\_

#### Diseases under treatment or follow up

治療中または経過観察中の疾患

Please add condition descriptions each year. 病状を毎年ご説明下さい。

Age 年齢	Diseases and required management at school 病名とプログラムで必要な対応策	Medical institution 医療機関名

## Allergies アレルギー

History of anaphylaxis アナフィラキシー歴 No いいえ Yes はい

Cause/diagnosis of anaphylaxis アナフィラキシーを起こした原因/診断: \_\_\_\_\_

Foods Allergy 食物アレルギー: No いいえ Yes はい

Type of Food Allergy 該当する食物アレルギー:

- Food dependent atopic dermatitis 食物によるアトピー性皮膚炎
- Immediate Type 即時型
- Delayed Type 遅延型
- Others (circle type) その他 (印を付けて下さい)
- Newborn digestive organ symptom 新生児消化器症状
  - Oral allergy syndrome 口腔アレルギー症候群
  - FDEIA (Food dependent exercise-induced anaphylaxis) (食物依存性運動誘発性アナフィラキシー)

Please check all that apply and write diagnostic criteria

該当する箇所に印を付け、診断基準を書いて下さい。

- Chicken Eggs 鶏卵 \_\_\_\_\_
- Milk/ Dairy Products 牛乳/乳製品 \_\_\_\_\_
- Flour 小麦粉 \_\_\_\_\_
- Buckwheat そば粉 \_\_\_\_\_
- Peanut ピーナツ \_\_\_\_\_
- Sesame ごま \_\_\_\_\_
- Nuts and Seeds 種実類 \_\_\_\_\_
- Shellfish 貝類 \_\_\_\_\_
- Fish Eggs 魚卵 \_\_\_\_\_
- Meat 肉 \_\_\_\_\_
- Fruits 果物 \_\_\_\_\_
- Others その他 \_\_\_\_\_

Means of Management 管理手段: \_\_\_\_\_

Emergency Treatment 応急処置: \_\_\_\_\_

Medicine Allergy 薬アレルギー: No いいえ Yes はい

Diagnostic criteria 診断基準: \_\_\_\_\_

Means of Management 管理手段: \_\_\_\_\_

Emergency Treatment 応急処置: \_\_\_\_\_

Seasonal Allergy 季節性アレルギー No いいえ Yes はい

- Perennial Allergic Rhinitis 通年性アレルギー性鼻炎
- Seasonal Allergic Rhinitis (circle season) 季節性アレルギー性鼻炎 (発症する季節に印を付けて下さい)
- Spring 春
  - Summer 夏
  - Fall 秋
  - Winter 冬

Means of Management 管理手段: \_\_\_\_\_

Emergency Treatment 応急処置: \_\_\_\_\_

Other Allergy その他のアレルギー: No いいえ Yes はい

Diagnostic criteria 診断基準: \_\_\_\_\_

Means of Management 管理手段: \_\_\_\_\_

Emergency Treatment 応急処置: \_\_\_\_\_

## Points of Attention at School Parent`s Criteria

## 保護者の判断基準における留意事項

**Outdoor Activities** 屋外でのアクティビティ:

- No need to consider 考慮する必要はない  
 Decide after parent conference 面談後決定

**Dietary Restrictions** 食事制限: \_\_\_\_\_

## Details of Inedible Food (circle all that apply) 食べられない食品の内容(該当するものに○を付ける)

**Egg** 卵 (dried, powered, solids, white, yolk 乾燥、粉状、液状、卵白、黄身)  
 Baked Goods 焼き菓子  
 Egg Shell Calcium 卵殻カルシウム  
 Mayonnaise マヨネーズ  
 Macaroni マカロニ  
 Marshmallows マシュマロ  
 Pasta パスタ

**Milk** 牛乳

Baked Goods 焼き菓子  
 Cheese チーズ  
 Butter バター  
 Yogurt ヨーグルト  
 Pudding プリン  
 Powered Milk 粉ミルク

**Meat** 肉

Meat Extract 肉エキス  
 Pork 豚肉  
 Gelatin ゼラチン

## School Lunch 給食

- Control Free 制限なし  
 Decide after Parent Conference 面談後決定

**Soy** 大豆

Soy Milk 豆乳  
 Soy Oil 大豆油  
 Soy Sauce 醤油  
 Miso 味噌

**Fish** 魚

Bonito Stock かつおだし  
 Sardine Stock いわし、にぼしだし

**Other** その他

Flour 小麦粉  
 Vinegar 酢  
 Barley Tea 麦茶  
 Mirin みりん  
 Inorganic 無機物  
 Sugar 砂糖  
 Sesame ごま  
 Sesame Oil ごま油

## Activities to deal with food 食物の取り扱い

- No need to consider 考慮する必要はない  
 Decide After Parent Conference 面談後決定

## Other health-related notes to school

その他、プログラムで把握が必要な健康に関する情報

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 保護者署名 日付

Points of Attention at School Teacher's Notes

プログラムでの留意事項 教員記録用

Date 日付: \_\_\_\_\_ CDC Staff スタッフ名: \_\_\_\_\_

Note 詳細: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date 日付: \_\_\_\_\_ CDC Staff スタッフ名: \_\_\_\_\_

Note 詳細: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date 日付: \_\_\_\_\_ CDC Staff スタッフ名: \_\_\_\_\_

Note 詳細: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date 日付: \_\_\_\_\_ CDC Staff スタッフ名: \_\_\_\_\_

Note 詳細: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date 日付: \_\_\_\_\_ CDC Staff スタッフ名: \_\_\_\_\_

Note 詳細: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date 日付: \_\_\_\_\_ CDC Staff スタッフ名: \_\_\_\_\_

Note 詳細: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date 日付: \_\_\_\_\_ CDC Staff スタッフ名: \_\_\_\_\_

Note 詳細: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date 日付: \_\_\_\_\_ CDC Staff スタッフ名: \_\_\_\_\_

Note 詳細: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date 日付: \_\_\_\_\_ CDC Staff スタッフ名: \_\_\_\_\_

Note 詳細: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date 日付: \_\_\_\_\_ CDC Staff スタッフ名: \_\_\_\_\_

Note 詳細: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_