



## OIST School Aged Program Health Survey 問診票

Child's Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
 姓名 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: \_\_\_\_\_

### Diseases under treatment or follow up

治療中の病気または進捗管理

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 病名と園で必要な対応策	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 Yes

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 Yes

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
  - 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 Yes

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 Yes

- 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 Yes

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

## 園生活上の留意事項 保育士記録用

## Outdoor Activities 園外でのアクティビティー:

- 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)

**Egg 卵** (dried, powdered, 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

**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

## School Lunch 給食

Control Free 制限なし

Decide after Parent Conference

## 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

## Other health-related notes to school

その他、園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

**CHILD'S NAME:**

**CONFIDENTIAL**

**Points of Attention at School Teacher's Notes**

**園での留意事項 保育士記録用**

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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_