



OIST Child Development Center Health Survey 問診票

Parent's Name: _____ Date of Submission: _____

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
Others 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 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, 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 ブリン
 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 Signature: _____

保護者署名

Date: _____

日付

CHILD`S NAME:

CONFIDENTIAL

Points of Attention at School Teacher`s Notes for _____
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 : _____

