

MEDICAL HISTORY

Fukuoka International School

Student's Name: _____ Date of Birth: ____/____/____
M D Y

Parent's Name: _____ Male _____ Female _____

Past Medical History of Child (過去に以下の病気にかかった事があるかどうか記入してください)

	Yes	No	Description/Concerns/Limitation if any (詳細)
Chickenpox (水疱瘡)			
Measles (麻疹)			
Mumps (おたふく風邪)			
Pneumonia (肺炎)			
Rheumatic Fever (リュウマチ熱)			
Tuberculosis (結核)			
TB Contact (結核保菌者との接触)			
Serious Injuries (大怪我をした事がある)			
Operation (手術を受けた事がある)			

Present Medical Conditions (現在以下の症状がありますか?)

	Yes	No	Description/Concerns/Limitation if any (詳細)
Asthma (喘息)			
Diabetes (糖尿病)			
Epilepsy (てんかん)			
Heart Trouble (心臓疾患)			
Kidney Trouble (腎臓疾患)			
Allergies (アレルギー)			
Others (その他)			

Vision/Hearing (視力/聴力)

Vision		Hearing	
Right	Left	Right	Left

Immunization Records (予防接種の記録)

Name of Immunization 予防接種の種類	Date	Date	Date	Remarks
Diphtheria/Pertussis/Tetanus (DPT) 三種混合 ジフテリア/百日咳/破傷風				
Oral Polio ポリオ				
Measles/Mumps/Rubella (MMR) 麻疹/おたふくかぜ/風疹混合ワクチン				
Flu インフルエンザ				
Last TB test ツベルクリン				
BCG				

Comments/Area of concern if any (speech problems, emotional problems, etc.) 言語障害、感情面での問題等、上記以外で学校が知っておく必要のある事柄があればご記入下さい。
