

入学前健康調査票

サンフランシスコ日本語補習校

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、本校は現地校を限定借用していますので、特別支援を必要とする児童・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事を予めお知らせ致します。

この入学前の健康調査も日本の学校保健法に準じて実施いたします。当調査の内容は個人情報として取り扱います。

事実に反するものや不実の記載がないようご記入下さい。事実に反する内容等が判明した場合は入学を取り消すこともあります。

※本調査票への記載内容は記載日現在でお願いします。

児童・生徒氏名： _____

保護者署名： _____

期 日：平成 年 月 日

1 入学前の基本的な内容

(専門医の診察は不要です。保護者の判断で結構です。)

調査項目	本人の状況	備考
視力(裸眼) (矯正：眼鏡等使用)	右 . 左 (.) . (.)	
聴力	・ 異常なし(学習に支障なし) ・ 聞こえにくい	
学校生活上、友人関係 に配慮を要する事		
学校生活上、担任や他 の教師が配慮を必要と する事		

2 既往症について

以下の疾患あるいは状態の既往についてお知らせ下さい。これらの既往症に対応する医療的行為は州法で禁止されていますので本校では一切できませんが、担当より入学後の配慮事項等について確認させていただきます。

- ① 食べ物アレルギー (なし)
(あり ありの場合の具体物： _____)
- ② はちアレルギー (なし あり)
- ③ 気管支ぜんそく (なし あり)
- ④ てんかん (なし あり)
- ⑤ 先天性疾患 (なし あり)
- ⑥ インスリン依存性糖尿病 (なし あり)