

Marist Brothers International School

Check list and Information regarding immunization requirements

In order to be admitted to Marist Brothers International School, students must have the following requirements completed **before their 1st day of school.** Use this check list to see if your child is ready to start classes!

- Mandatory **immunizations** appropriate to your child's age at the time of admission with an official documentation from a physician or a copy of an official immunization record, such as maternity passbook (bō-shī-tē-chō). See list below.
- A **physical examination** from a licensed physician within 6 months of your child's starting date of admission.
- Tuberculosis skin test** or **QuantiFERON blood test** with official documentation from a physician within 6 months of the date of admission for students. There is a section in the physical examination form for tuberculosis skin test results.
- A **chest x-ray** with official documentation from a physician if your child is entering Grade 10.
- Student **Health Forms** completed and signed by a parent/guardian.
- A **tuberculosis questionnaire** completed and signed by a parent/guardian.
- All health forms signed or endorsed by an appropriate signee using a pen or endorsing stamps (hankō).
- All applicable health forms printed on Japanese A4-sized papers.

.....

REQUIRED ROUTINE IMMUNIZATIONS

MBIS has adopted the most current Japanese Immunization Schedule. The required vaccinations will change accordingly with the Japanese immunization schedule. The Japanese Immunization Schedule is available from the Infectious Disease Surveillance Center (<http://www.nih.go.jp/niid/ja/vaccine-j.html>).

Although immunization requirements initially are based on the child's age at the time of admission, many immunizations require multiple vaccines over an extended period of time. Compliance is required at the proper time for these vaccines.

ROUTINE IMMUNIZATIONS AND OTHER HEALTH REQUIREMENTS MUST BE UP-TO-DATE AT THE TIME OF ADMISSION, UPDATED AT THE APPROPRIATE AGES AND CHANGES REPORTED TO THE HEALTH OFFICE IN A TIMELY MANNER.

Mandatory Vaccinations All mandatory immunization must be completed or up-to-date with vaccination schedules of Japan or equivalent to the immunization schedule recommended by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html>

- DPT-I or DPT-IPV (4 shots by age 7.5 or 5 shots by age 6)
- DT- II (1 shot between age 11~12)
- Polio (4 shots by age 7.5)
- Measles & Rubella (MR) (2 shots by 1st grade or 2 Measles/Mumps/Rubella shots [MMR] by age 6)
- Japanese Encephalitis (3 shots by age 7.5): New JE vaccine is available as of June 2009.

Vaccination refusal: Students with parents/guardians who choose not to vaccinate their children with mandatory vaccinations WILL NOT be allowed to attend school. Parents/guardians are asked to discuss their concerns and reasons of refusal with the school nurse and the Head of School before your child is officially excluded from school. The only exception to this regulation is if your child is allergic to any of the mandatory vaccines. A written letter must be presented from a physician in order for a student to be waived from meeting the school requirements.

Vaccination voucher (予防接種券・yō-bō-séshū-ken): Children of any age and nationality may be issued vaccination vouchers in Japan. Visit the ward or city office where you have your name and residency registered and you will be issued a maternity passbook that includes the vaccination vouchers.



Marist Brothers International School Physical Examination Form

TO BE COMPLETED BY **A PHYSICIAN** ・ **医師によるご記入**をお願い致します。
Must be signed and dated within 6 months of application. Omission of any article may invalidate admittance.
診察ならびに署名は申請日より6ヶ月以内のもののみ有効です。項目の省略は不可となります。

★ Students of grades 1, 4, 7, 10, Montessori and all new admitting students are required to receive a physical examination before starting school. (Refer to Health Handbook) Students WILL NOT be allowed to start school until all health forms are turned in.
このフォームは、入学時・小学1年・4年・中学1年・高校1年の際には、登校初日に必ず提出していただきます。未提出の間は、学校授業に一切参加できませんのでご注意ください。それ以外の学年では、義務にはしていませんが、お子様に心配な症状がでてくれば、早めに医師の診察を受けるようにしてください。

Name ・ 名前 (アルファベット記入) _____ DOB (YYYY/MM/DD) ・ 生年月日 _____

Height (背) _____ cm Weight (体重) _____ kg Temperature. (体温) _____ C/F Pulse (脈) _____ bpm

Blood Pressure (血圧) _____ / _____ Respiration (呼吸数) _____ Diet (Non-vegetarian/Vegetarian) _____
(食事ベジタリアンか否か)

Developmental Assessment _____ Head lice _____
(発達の評価) (頭じらみ)

Allergies (アレルギーの有無と詳細) _____
(Specify hypersensitivities to medicine, food, vaccination, etc./Asthma, atopic dermatitis, rhinitis, hay fever, etc.)

Integument System (皮膚の感染性疾患や医原性/外傷性瘢痕の有無) _____
(Note potentially infectious skin disease and surgical/traumatic scar)

Tuberculosis Skin Test (ツベルクリン反応):
Required for new students. Other students: use doctor's discretion. (入学時以外は医師の判断により省略可)

Outer flare ・ 最大発赤径 ()x()mm Indurations ・ 硬結 or Inner flare ・ 二重発赤内径 ()x()mm, Blister ・ 水疱の有無 (+ , -)

Hearing _____ Vision _____
Finger rub/whisper test, state other concerns, if any State vision concerns, if any
(聴力) 指こすり音・ささやき声聴取検査などで懸念事項があれば記載 (視力) 白板が見辛いかなどの懸念事項があれば記載

Throat/Tonsils/Adenoids _____ Mouth/Nose/Sinuses _____ Head/Face/Neck _____ Ear drums _____
(扁桃腺・アデノイド) (口・鼻・副鼻腔) (頭・顔・首) (鼓膜)

Respiratory System _____ Heart Sounds _____ Heart Murmurs _____
(呼吸音) (心音) (心雑音)

Lymph nodes _____ Blood Group (If known) _____ Hemoglobin (use doctor's discretion) _____ g/dl
Cervical, axillary, inguinal (リンパ節) 血液型 (判明している場合) ヘモグロビン (医師の判断で省略可)

Abdomen _____ Musculoskeletal System _____ Scoliosis _____
(腹部) (筋肉・骨機能) (脊柱側弯症)

Neurological System _____ X-ray Result (10th Grade ONLY) _____
(神経学的所見) レントゲンの結果 (高1)

Urine Analysis (尿検査) _____ ECG (心電図) _____
Protein (+ , -) Blood (+ , -) Sugar (+ , -) Use doctor's discretion if a child showed no abnormalities in the past.
Others () (過去の所見で異常がない場合は、医師の判断で省略可)

Please specify any other health problems that could restrict this child's participation at school, including sports, physical education and school activities: (スポーツや学校活動全般に支障をきたすような特記事項があれば、記入をお願いします。)

Doctor's Signature ・ 医師署名

Date (YYYY/MM/DD) ・ 日付

Address and Phone Number ・ 住所 ・ 連絡先



Marist Brothers International School

Immunization Record

Student Name: _____

This section must be completed by a physician. Or, the parent or guardian may present a copy of the child's immunization record, such as a copy of the maternity passbook, endorsed by the physician. Please provide the school nurse periodically with updates on your child's immunization record after you've turned in this form. 保護者が記入される場合は、母子手帳の予防接種のページのコピーと一緒に提出してください。掛かりつけ医のサインがあればコピーは不要です。一度この用紙を提出した人は、変更点のみスクールナースまでご連絡下さい。

★MBIS health policy states that failure to adhere to mandatory immunization requirement will result in your child's exclusion from school.

義務になっている予防接種が、年齢相応の接種回数を満たしていない場合、学校授業に一切参加できませんのでご注意ください。

A. MANDATORY IMMUNIZATIONS 義務になっている予防接種 Waiting for a free MR Vaccine ・無料 MR ワクチン待ちです

Vaccine	YYYY/MM/DD	
DTP or DTap 三種混合 (ジフテリア・破傷風・百日咳)	No 1	
	No 2	
	No 3	
	No 4	
	No 5	
DT/Tdap (11~12yo)	No 1	
Polio (OPV/IPV) ポリオ	No 1	
	No 2	
	No 3	
	No 4	

Vaccine	YYYY/MM/DD	
Measles 麻疹(はしか)	No 1	
	No 2	
Rubella 風疹	No 1	
	No 2	
Japanese Encephalitis 日本脳炎	No 1	
	No 2	
	No 3	
	No 4	

B. STRONGLY RECOMMENDED IMMUNIZATIONS 強く推薦する予防接種

Vaccine	YYYY/MM/DD	
Mumps ・ おたふく	No 1	
	No 2	
Chicken Pox ・ 水疱瘡	No 1	
	No 2	
Haemophilus Type b (Hib) インフルエンザ菌 b 型	No 1	
	No 2	
	No 3	
	No 4	
Human papillomavirus Cervarix ・ Gardasil 子宮頸ガン	No 1	
	No 2	
	No 3	

Vaccine	YYYY/MM/DD	
Prevenar 肺炎球菌ワクチン	No 1	
	No 2	
	No 3	
	No 4	
Hepatitis A A 型肝炎	No 1	
	No 2	
	No 3	
Hepatitis B B 型肝炎	No 1	
	No 2	
	No 3	
BCG ・ 結核	No 1	

C. TUBERCULOSIS SCREENING OR X-RAY RESULTS

ツベルクリン 又は レントゲンの結果

Date (YYYY/MM/DD)	Result

D. PAST MEDICAL HISTORY (Indicate previously contracted diseases)

過去にかかった事のある病気

Disease	Yes	No	Age (If Yes)
Measles	Y	N	
Rubella	Y	N	
Mumps	Y	N	
Chicken Pox	Y	N	
Tuberculosis (Answer yes if preventative medicine such as isoniazid (INH) was taken.)	Y	N	
Hepatitis A	Y	N	
Hepatitis B	Y	N	

Doctor's Signature ・ 医師署名

Date (YYYY/MM/DD) ・ 日付

Address and Phone Number ・ 住所 ・ 連絡先



Marist Brothers International School

Student Health Record

Student Name: _____

A. MEDICAL HISTORY - CIRCLE IF CHILD SUFFERS FROM OR HAS SUFFERED FROM: 今までに罹患した病気

Health Condition	Yes • No	Age	Health Condition	Yes • No	Age	Health Condition	Yes • No	Age
Epilepsy/Seizures ひきつけ/けいれん	Y N		Kawasaki Disease 川崎病	Y N		Fracture/Dislocation 骨折・脱臼	Y N	
Febrile Seizure 熱性けいれん	Y N		Kidney Disease 腎臓病	Y N		Hernia ヘルニア	Y N	
Sudden loss of consciousness 急に意識を失う	Y N		Worm/Parasites 寄生虫	Y N		Serious Accident/Injury 大きな事故・けが	Y N	
Heart Disease 心臓病	Y N		Meningitis 髄膜炎	Y N		Surgery 手術	Y N	
Diabetes type 1 or 2 糖尿病	Y N		Arthritis 関節炎	Y N		Hospitalization 入院	Y N	

* Please provide pertinent details regarding any of the conditions selected above. 上記に該当する疾患があり、特に連絡しておくことがありましたら、お知らせ下さい。

B. ALLERGIES & HYPERSENSITIVITIES • アレルギー体質 & 過敏反応

Allergies & Hypersensitivities アレルギー体質 過敏反応	Yes ある ・ No ない	Hypersensitive or allergic to: 何に:	Reaction: どのようになった:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Health condition</th> <th>Yes • No</th> <th>Age</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Asthma 喘息</td> <td>Y N</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Atopic Dermatitis アトピー</td> <td>Y N</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rhinitis 鼻炎</td> <td>Y N</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hay Fever 花粉症</td> <td>Y N</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Health condition	Yes • No	Age	Asthma 喘息	Y N		Atopic Dermatitis アトピー	Y N		Rhinitis 鼻炎	Y N		Hay Fever 花粉症	Y N	
		Health condition	Yes • No		Age														
		Asthma 喘息	Y N																
		Atopic Dermatitis アトピー	Y N																
Rhinitis 鼻炎	Y N																		
Hay Fever 花粉症	Y N																		
Medication 薬: _____	Age of the incident: 何歳のとき:																		
Vaccine 予防接種: _____																			
Food 食事: _____																			
Others その他: _____																			

C. FAMILY HISTORY • 家族の病歴

Have any members of the family or extended family experienced a sudden loss of consciousness? 血縁者の突然の意識消失 Y N

Have any members of the family or extended family suffered sudden death from natural causes? 血縁者の突然死 Y N

Have any members of the family or extended family been exposed to Tuberculosis? 家族や同居者の結核罹患歴 Y N

D. MEDICATION PERMISSION • 投薬許可

The following over-the-counter medications may be given to my child in case I cannot be reached by phone or in an emergency.
Please "✓" medications you allow the school nurse to administer to your child. 連絡の取れない場合又は緊急事以下の薬を投薬する事に同意します。

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acetaminophen
非アスピリン小児用パファリン | <input type="checkbox"/> Aspirin • アスピリン • 大人用パファリン | <input type="checkbox"/> Topical ointments • かゆみ止め • 外傷治療薬など |
| <input type="checkbox"/> Antacid • 胃腸薬 • ビオフェルミン • 正露丸 | <input type="checkbox"/> Cold medicine • 総合風邪薬 • 子供かぜ薬 | <input type="checkbox"/> Give NO medication to my child until I am contacted first • 保護者と連絡が取れるまで薬を投与しないで下さい。 |
| <input type="checkbox"/> Ibuprofen 非ステロイド性抗炎症薬 | <input type="checkbox"/> Antihistamine • 抗アレルギー剤 | |

E. PERMISSION GRANTED TO SCHOOL • 学校との承諾書

Please circle YES or NO to guide the school regarding the issue of medical emergencies. 以下で該当する方に○をつけてください。

In the event where emergency medical treatment is required and where either the parents/guardians are not able to be contacted or there is no time to contact parents/guardians prior to treatment, I authorize the school to seek emergency medical treatment for my child. 緊急に医療行為が必要と判断され、保護者に連絡がとれない場合は、学校にその対応を一任します。

YES NO

Parent/Guardian's Signature 保護者署名

Date (MM/DD/YYYY) 日付 (年/月/日)



Marist Brothers International School

Student Health Record

Family Name (氏) _____ Given Name (名) _____ DOB (YY/MM/DD) 誕生日 (年/月/日) _____ Sex M/F 性別 (男・女) _____

Mother's Daytime Contact Phone # 母親の日中の連絡先 _____
 Father's Daytime Contact Phone # 父親の日中の連絡先 _____
 Name and Phone # of someone to contact in the event both Mother and Father are unreachable. ・両親が不在の時の連絡先 _____

Name and Phone # of Family Doctor ・かかりつけの医師名と連絡先 _____ Student's name in Kanji ・生徒名 (漢字・楷書体) _____

CURRENT CONDITON ・ 現在のようす: This form will be returned to you every year to keep a continuous record of your child's current condition. この用紙は毎年お返しますので、現在の該当学年の欄にのみ記入して下さい。		"v" the applicable column for all conditions あてはまるものに"v"をいれてください					
		3yo	4yo	5yo	Grade 1	Grade 2	Grade 3
A	Not applicable to any of the conditions listed below. 以下に該当なし						
B	Heart Disease/Abnormality 心臓の病気・異常がある						
C	Lips turn purple or child intuitively squats down after running 走るとくちびるが紫色になったりうずくまることもある						
D	Incident of heart palpitations or shortness of breath ・ どうきや息切れがする						
E	Occasional swelling of face, hands and feet 手足や顔がむくみやすい						
F	Asthma attack within the past one year 一年以内にぜんそく発作をおこしたことがある						
G	Easily catches a cold かぜをひきやすい						
H	Recent lingering cough/phlegm ・ 最近、咳・たんがよくでる・長く続く咳						
I	Easily fatigued or feels weak すぐに疲れたり、体がだるくなりやすい						
J	Frequent headaches 頭が痛くなりやすい						
K	Frequent dizziness or giddiness when standing up めまい・たちくらみをおこしやすい						
L	Upset stomach (Frequent vomiting/diarrhea/constipation) 胃腸をこわしやすい (よくはく・げり・べんぴ)						
M	Easily gets rashes/hives (Cause: _____) じんましんがしやすい (どんなとき _____)						
N	Treated for atopic dermatitis アトピー性皮膚炎で病院にかかった						
O	Occasional joint pain (Elbows, knees, ankles, hips, shoulders, wrists) 関節が痛むことがある (肘・ひざ・足首・足の付根・肩・手首)						
P	Suspected difficulty hearing (right, left, both ears) 耳の聞こえが悪いように思う						
Q	Wears glasses/contact lenses (Near-sighted, far-sighted, distorted vision) めがね・コンタクトレンズを使っている (近視・遠視・乱視)						
R	Snores and stops breathing (apnea) while sleeping 睡眠中にいびきを嗅いで無呼吸になる						
A. Taking medication to prevent seizures. けいれん発作予防薬をのんでいる Medical facility ・ 病院: _____ Physician ・ 主治医: _____ Routine check-up ・ 定期検査 _____ per year ・ 年何回 Month of exam _____ 月ごろ受診							
B. Seeing a physician or under routine check-up for heart disease. 心臓病の治療・検査をうけている Medical facility ・ 病院: _____ Physician ・ 主治医: _____ Routine check-up ・ 定期検査 _____ per year ・ 年何回 Month of exam _____ 月ごろ受診							
C. Kidney disease, nephrosis, diabetes 腎臓・ネフローゼ・糖尿病の治療をうけている Medical facility ・ 病院: _____ Physician ・ 主治医: _____ Routine check-up ・ 定期検査 _____ per year ・ 年何回 Month of exam _____ 月ごろ受診							
D. Taking medication or using an inhaler for asthma. 喘息の薬をのんでいる (吸入している) Medical facility ・ 病院: _____ Physician ・ 主治医: _____ Routine check-up ・ 定期検査 _____ per year ・ 年何回 Month of exam _____ 月ごろ受診							
E. Other medication or routine check-up ・ その他: _____							

Health or medical condition the school should monitor. 家庭からの連絡・特に気を付けてほしい身体のこと。



Marist Brothers International School

Student Health Record

Family Name (氏)	Given Name (名)	DOB (YY/MM/DD) 誕生日 (年/月/日)	Sex M/F 性別 (男・女)
-----------------	----------------	----------------------------	------------------

Mother's Daytime Contact Phone # 母親の日中の連絡先	Father's Daytime Contact Phone # 父親の日中の連絡先	Name and Phone # of someone to contact in the event both Mother and Father are unreachable. ・両親が不在の時の連絡先
---	---	--

Name and Phone # of Family Doctor ・かかりつけの医師名と連絡先	Student's name in Kanji ・生徒名 (漢字・楷書体)
--	---------------------------------------

CURRENT CONDITON ・ 現在のようす: This form will be returned to you every year to keep a continuous record of your child's current condition. この用紙は毎年お返しますので、現在の該当学年の欄にのみ記入して下さい。		"v" the applicable column for all conditions あてはまるものに"v"をいれてください					
		Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Grade 5	Grade 6
A	Not applicable to any of the conditions listed below. 以下に該当なし						
B	Heart Disease/Abnormality 心臓の病気・異常がある						
C	Lips turn purple or child intuitively squats down after running 走るとくちびるが紫色になったりうずくまることある						
D	Incident of heart palpitations or shortness of breath ・どうきや息切れがする						
E	Occasional swelling of face, hands and feet 手足や顔がむくみやすい						
F	Asthma attack within the past one year 一年以内にぜんそく発作をおこしたことがある						
G	Easily catches a cold かぜをひきやすい						
H	Recent lingering cough/phlegm ・ 最近、咳・たんがよくでる・長く続く咳						
I	Easily fatigued or feels weak すぐに疲れたり、体がだるくなりやすい						
J	Frequent headaches 頭が痛くなりやすい						
K	Frequent dizziness or giddiness when standing up めまい・たちくらみをおこしやすい						
L	Upset stomach (Frequent vomiting/diarrhea/constipation) 胃腸をこわしやすい (よくはく・げり・べんぴ)						
M	Easily gets rashes/hives (Cause:) じんましんがしやすい (どんなとき)						
N	Treated for atopic dermatitis アトピー性皮膚炎で病院にかかった						
O	Occasional joint pain (Elbows, knees, ankles, hips, shoulders, wrists) 関節が痛むことがある (肘・ひざ・足首・足の付根・肩・手首)						
P	Suspected difficulty hearing (right, left, both ears) 耳の聞こえが悪いように思う						
Q	Wears glasses/contact lenses (Near-sighted, far-sighted, distorted vision) めがね・コンタクトレンズを使っている (近視・遠視・乱視)						
R	Snore and stops breathing (apnea) while sleeping 睡眠中にいびきを嗅いで無呼吸になる						
A. Taking medication to prevent seizures. けいれん発作予防薬をのんでいる Medical facility ・ 病院: Physician ・ 主治医: Routine check-up ・ 定期検査 _____ per year ・ 年何回 Month of exam _____ 月ごろ受診							
B. Seeing a physician or under routine check-up for heart disease. 心臓病の治療・検査をうけている Medical facility ・ 病院: Physician ・ 主治医: Routine check-up ・ 定期検査 _____ per year ・ 年何回 Month of exam _____ 月ごろ受診							
C. Kidney disease, nephrosis, diabetes 腎臓・ネフローゼ・糖尿病の治療をうけている Medical facility ・ 病院: Physician ・ 主治医: Routine check-up ・ 定期検査 _____ per year ・ 年何回 Month of exam _____ 月ごろ受診							
D. Taking medication or using an inhaler for asthma. 喘息の薬をのんでいる (吸入している) Medical facility ・ 病院: Physician ・ 主治医: Routine check-up ・ 定期検査 _____ per year ・ 年何回 Month of exam _____ 月ごろ受診							
E. Other medication or routine check-up ・ その他:							

Health or medical condition the school should monitor. 家庭からの連絡・特に気を付けてほしい身体のこと。



Marist Brothers International School

Student Health Record

Family Name (氏) _____ Given Name (名) _____ DOB (YY/MM/DD) 誕生日 (年/月/日) _____ Sex M/F 性別 (男・女) _____

Mother's Daytime Contact Phone # 母親の日中の連絡先 _____
 Father's Daytime Contact Phone # 父親の日中の連絡先 _____
 Name and Phone # of someone to contact in the event both Mother and Father are unreachable. ・両親が不在の時の連絡先 _____

Name and Phone # of Family Doctor ・かかりつけの医師名と連絡先 _____ Student's name in Kanji ・生徒名 (漢字・楷書体) _____

CURRENT CONDITON ・現在のようす: This form will be returned to you every year to keep a continuous record of your child's current condition. この用紙は毎年お返しますので、現在の該当学年の欄にのみ記入して下さい。		“v” the applicable column for all conditions あてはまるものに“v”をいれてください					
		Grade 7	Grade 8	Grade 9	Grade 10	Grade 11	Grade 12
A	Not applicable to any of the conditions listed below. 以下に該当なし						
B	Heart Disease/Abnormality 心臓の病気・異常がある						
C	Lips turn purple or child intuitively squats down after running 走るとくちびるが紫色になったりうずくまることがある						
D	Incident of heart palpitations or shortness of breath ・どうきや息切れがする						
E	Occasional swelling of face, hands and feet 手足や顔がむくみやすい						
F	Asthma attack within the past one year 一年以内にぜんそく発作をおこしたことがある						
G	Easily catches a cold かぜをひきやすい						
H	Recent lingering cough/phlegm ・最近、咳・たんがよくでる・長く続く咳						
I	Easily fatigued or feels weak すぐに疲れたり、体がだるくなりやすい						
J	Frequent headaches 頭が痛くなりやすい						
K	Frequent dizziness or giddiness when standing up めまい・たちくらみをおこしやすい						
L	Upset stomach (Frequent vomiting/diarrhea/constipation) 胃腸をこわしやすい (よくはく・げり・べんぴ)						
M	Easily gets rashes/hives (Cause: _____) じんましんがでやすい (どんなとき _____)						
N	Treated for atopic dermatitis アトピー性皮膚炎で病院にかかった						
O	Occasional joint pain (Elbows, knees, ankles, hips, shoulders, wrists) 関節が痛むことがある (肘・ひざ・足首・足の付根・肩・手首)						
P	Suspected difficulty hearing (right, left, both ears) 耳の聞こえが悪いように思う						
Q	Wears glasses/contact lenses (Near-sighted, far-sighted, distorted vision) めがね・コンタクトレンズを使っている (近視・遠視・乱視)						
R	Snores and stops breathing (apnea) while sleeping 睡眠中にいびきを嗅いで無呼吸になる						
A. Taking medication to prevent seizures. けいれん発作予防薬をのんでいる Medical facility ・病院: _____ Physician ・主治医: _____ Routine check-up ・定期検査 _____ per year ・年何回 Month of exam _____ 月ごろ受診							
B. Seeing a physician or under routine check-up for heart disease. 心臓病の治療・検査をうけている Medical facility ・病院: _____ Physician ・主治医: _____ Routine check-up ・定期検査 _____ per year ・年何回 Month of exam _____ 月ごろ受診							
C. Kidney disease, nephrosis, diabetes 腎臓・ネフローゼ・糖尿病の治療をうけている Medical facility ・病院: _____ Physician ・主治医: _____ Routine check-up ・定期検査 _____ per year ・年何回 Month of exam _____ 月ごろ受診							
D. Taking medication or using an inhaler for asthma. 喘息の薬をのんでいる (吸入している) Medical facility ・病院: _____ Physician ・主治医: _____ Routine check-up ・定期検査 _____ per year ・年何回 Month of exam _____ 月ごろ受診							
E. Other medication or routine check-up ・その他: _____							

Health or medical condition the school should monitor. 家庭からの連絡・特に気を付けてほしい身体のこと。



Marist Brothers International School Regarding Tuberculosis Questionnaire

Dear Parents and Guardians,

Tuberculosis (TB) is a disease caused by tubercle bacillus and was the No.1 cause of death among Japanese people until around 1950. Since then, the number of tuberculosis patients has decreased each year due to improvements in medical care and living standards. Today, people tend to think that tuberculosis is a disease of the past.

However, even today there are about 30,000 cases of tuberculosis every year and it continues to be the most common infectious disease in Japan. The Ministry of Health, Labor and Welfare, which considers the situation serious, announced a "Tuberculosis Emergency Situation Proclamation" in 1999 and continues to make strong appeals for countermeasures to prevent tuberculosis.

When a person is infected with tuberculosis, he/she may feel listless, tire easily and have a low-grade fever and/or cough. With early detection, the disease can be prevented from becoming serious and can be treated. However, since the symptoms are similar to a cold, people tend to delay being examined by a doctor and the disease may become serious. For this reason, because there is a threat that the disease may spread in schools, it is important to prevent/treat tuberculosis by discovering it at an early stage. In 2003, the national law (School Health Law Implementation Standards) was revised and the tuberculosis reaction test and BCG immunization at schools were eliminated and replaced by diagnosis through a questionnaire, a chest X-ray at the start of the 10th-grade year and a health check-up.

I would appreciate your understanding and cooperation concerning the tuberculosis questionnaire. Your cooperation is especially necessary in the accurate completion of the questionnaire in order for me to conduct the tuberculosis check-up correctly.

Sincerely yours,

Tomomi Hisamatsu, M.D.
MBIS School Doctor

保護者の皆様へ

マリスト国際学校
久松知美 校医

結核健康診断のお知らせ

結核は結核菌によって起こる病気で、1950年ごろまで日本人の死亡原因の一位を占めていました。その後、医療や生活水準の向上により患者数は年々減少し、最近では過去の病気と思われがちです。

しかし、現在でも年間約3万人の新しい患者が発生しており、依然として国内最大の感染症のひとつです。事態を重くみた厚生労働省は、1999年「結核緊急事態発言」を発表し、結核対策の強化を呼びかけています。

結核は、発症すると体がだるくなって疲れやすくなり、微熱や咳が出たり、寝汗をかくようになり、早期に発見して発症を予防したり治療したりすることが可能な病気ですが、かぜなどの症状に似ているために、受診が遅れがちで重症化することもあります。そのため、集団で生活する学校では、蔓延する危険性を避けるために、結核を早期に発見し、発症を予防したり治療したりすることが重要です。

さて、学校においては平成15年度より国の法律（学校保険法施行規則）が変わり、それまで実施してきたツベルクリン反応検査と学童期以降のBCG接種が廃止され、問診票検査の実施、高校1年生徒全員の胸部レントゲン撮影、さらに内科検診の中で診察を行うことが定められています。

保護者の皆様には、結核検診へのご理解をいただき、ご協力をお願い致します。特に問診票については結核検診が正しく行われるために重要ですので正確なご記入をお願い致します。



Marist Brothers International School

Tuberculosis Screening Questionnaire

Request to All Parents and Guardians:

As this questionnaire is absolutely necessary in order for the tuberculosis check-up to be conducted correctly, we would appreciate an accurate completion of this form. This information will not be used for any other purpose other than for the school doctor's tuberculosis check-up as explained in the letter.

Name: _____ Grade: _____

Questions		Please circle YES or NO	
No 1	Has your child ever had a tuberculosis illness? (eg. Pulmonary infiltration, pleuritis/pleurisy, neck lymph gland tuberculosis)	YES	NO
No 2	Has your child ever taken preventative medicine due to the possibility of being infected by tuberculosis?	YES	NO
No 3	Is there a member of the same family or household who has had tuberculosis since your child was born?	YES	NO
No 4	Has your child lived in a country listed below for a total of more than 6 months or longer within the past 3 years? (If YES, please circle the name of the country.)	YES Age:	NO
<p>The World Health Organization (WHO) identifies the following countries and regions as having a high tuberculosis incidence:</p> <p>Afghanistan • Bangladesh • Brazil • Cambodia • China • Democratic Republic of Congo • Ethiopia • India • Indonesia • Kenya • Mozambique • Myanmar • Nigeria • Pakistan • Philippines • Russian Federation • South Africa • Tanzania • Thailand • Uganda • Vietnam • Zimbabwe</p> <p>Other African Countries (except Egypt, Libya, Tunisia, South Sudan, Mauritius and Seychelles) Armenia • Azerbaijan • Belarus • Bhutan • Bolivia • Bosnia and Herzegovina • Brunei • Djibouti • Democratic People's Republic of Korea (North Korea) • Dominican Republic • Ecuador • Federated States of Micronesia • Guam • Guatemala • Guyana • Haiti • Honduras • Hong Kong • Iraq • Kazakhstan • Kiribati • Kyrgyzstan • Laos • Lithuania • Macau • Malaysia • Marshall Island • Moldova • Mongolia • Morocco • Nepal • Northern Mariana Islands • Palau • Panama • Papua New Guinea • Paraguay • Peru • Romania • Solomon Islands • Somalia • South Korea • Sri Lanka • Sudan • Suriname • Taiwan • Tuvalu • Vanuatu • Wallis and Futuna • Yemen (Other:)</p>			
No 5	Does your child have a cough (with or without phlegm) that has lasted for more than 2 weeks?	YES	NO
	If YES to No 5 A. Is your child being treated/tested at a medical institution for the cough/phlegm?	YES	NO
	If YES to No 5 B. Has your child been diagnosed with asthma or bronchitis?	YES	NO
No 6	Has your child ever had a positive result to a Tuberculosis Skin Test?	YES	NO

* If you answered "YES" to **one or more** of questions 1 through 6, the school doctor will review the questionnaire as well as your child's past tuberculosis skin test results and BCG immunization record in order to determine if further examination (chest X-ray and/or sputum test) is required. Please have the physician fill out your child's tuberculin skin test results and BCG record in the corresponding section of the other health form pages.

Parent/Guardian's Signature

Date (MM/DD/YYYY)



Marist Brothers International School

結核健康診断問診票

保護者の方へのお願い

この問診調査は結核に関する健康診断が正しく行われるために是非必要ですので、保護者の方の正確なご記入をお願いします。なお、この問診調査は定期健康診断の結核に関する健康診断以外には使用されません。

名前(アルファベット記入): _____ 学年: _____

調査内容		どちらかに○を付けてください。	
質問 1	お子様は、今までに結核性の病気にかかったことがありますか？	はい	いいえ
質問 2	お子様は、今までに結核に感染を受けたとして、予防のお薬を飲んだことがありますか？	はい	いいえ
質問 3	お子様が、生まれてから家族や同居人で結核にかかった人がいますか？	はい	いいえ
質問 4	お子様が、過去3年以内に通算して半年以上、外国に住んでいたことがありますか？	はい 年齢: _____	いいえ
<p>質問4ではいと答えた方へ: 国名が下記のいずれかであれば、国名を○で囲む ※下記の各国は、世界保健機構(WHO)が示す結核推定罹患率が高い蔓延国です。</p> <p>アフガニスタン・インド・インドネシア・ウガンダ・エチオピア・カンボジア・ケニア・コンゴ・ジンバブエ・タイ・タンザニア・中国・ナイジェリア・パキスタン・バングラデシュ・フィリピン・ブラジル・ベトナム・南アフリカ・ミャンマー・モザンビーク・ロシア</p> <p>アフリカ全域(エジプト・チュニジア・南スーダン・リビア・モーシャス及びセーシェルは除く) アゼルバイジャン・アルメニア・イエメン・イラク・ウォリス・フツナ諸島・エクアドル・ガイアナ・カザフスタン・韓国・北マリアナ諸島・キルギス・グアテマラ・グアム・ジブチ・スーダン・スリナム・スリランカ・ソマリア・ソロモン諸島・台湾・朝鮮民主主義人民共和国・ツバル・ドミニカ共和国・ネパール・ハイチ・パナマ・バヌアツ・パプアニューギニア・パラオ・パラグアイ・ブータン・ブルネイ・ペラルーシ・ペルー・ボズニア・ヘルツェゴビナ・ポリビア・香港・ホンジュラス・マーシャル諸島・マカオ・マレーシア・ミクロネシア・モルドバ・モロッコ・モンゴル・ラオス・リトアニア・ルーマニア(その他)</p>			
質問 5	このお子様は、この2週間以上「せき」や「たん」が続いていますか？	はい	いいえ
補問 5	A. お子様は、その「せき」や「たん」で医療機関において治療や検査を受けていますか？	受けていない	治療や検査を受けた
補問 5	B. お子様は、ぜんそく、ぜんそく性気管支炎などといわれていますか？	ぜんそく等ではない	ぜんそく等である
質問 6	ツベルクリン反応検査が陽性だったことがありますか？	はい	いいえ

* 質問1-6のうち、ひとつ以上に『はい』がある場合は、校医の判断により、精密検査(胸部レントゲン検査や喀痰検査など)をうけていただく場合があります。精密検査が必要かどうかの判断の際に、お子様のツベルクリン反応の結果やBCG接種歴の有無が重要となりますので、別紙該当箇所にもれなくご記載下さい。

保護者署名 _____

日付(月/日/年) _____