



Kunitachi Kids International School

Medical Certificate 健康診断書

To be completed by parent/guardian: (下線部分に保護者名と日付をご記入下さい)

I, _____, hereby authorize this physician to provide the following information to the School if required and to supply additional information relating to my child's condition.

私 (_____) は、こどもの健康状態についての報告書を下記の医師が作成することを承諾します。

Signature: _____ Date: _____ / _____ / _____

Fill out by Parent/Guardian (保護者の方ご記入ください)

| | | | |
|--------------------|-----------------------|---------------|-------------|
| Name 氏名 | Surname 姓 | First Name 名 | Middle Name |
| Sex 性別 | Male 男 | Female 女 | |
| Date of Birth 生年月日 | / / (Year/Month/Date) | | |
| Home Address 住所 | | | |
| Home Phone 電話 | | Mobile No. 携帯 | |

| | | | |
|-------------------|--------------------------------|-------------------------|--|
| Height 身長 | cm | Irregular heartbeat 不整脈 | <input type="checkbox"/> Yes () <input type="checkbox"/> No |
| Weight 体重 | kg | Allergy アレルギー | <input type="checkbox"/> Yes () <input type="checkbox"/> No |
| Blood Pressure 血圧 | / mmHG | Skin Disease 皮膚病 | <input type="checkbox"/> Yes () <input type="checkbox"/> No |
| Pulse 脈拍 | /min.Regular 整 or Irregular 不整 | Vision 視力 | RT []/Lt [] Color 色覚 |
| Others その他 | | | |

Fill out by Physician (医師記入)

| | |
|--|---|
| Medical History 過去の病歴 | |
| Nature of health problem 現在かかっている病気 | |
| Describe restrictions (e.g., specific sports, recheck up, etc) 医師所見 (運動可、保留、再検査) | Medical Evaluation 判定 Circle one below AND please official stamp on matching code at bottom of sheet |
| | <p>A Good health status. Medically, fit for schooling. 健康優良。通常の学園生活をおくるのに支障なし。</p> <p>B Abnormal findings present, but healthy enough for schooling. 有所見正常。通常の学園生活に支障ないものと思われる。</p> <p>C Abnormal findings present. Needs further analysis. 異常所見あり。さらなる検査・治療を要する。</p> <p>D Abnormal findings present. Medically not qualified for schooling. 異常所見あり。学園生活をおくることは医学的に困難と思われる。</p> |

上記の通り診断いたします。 Date of Examination 診断日付 _____ / _____ / _____

| | |
|--------------------------|-----------------|
| Medial facility name 病院名 | |
| Address 住所 | |
| Telephone 電話番号 | |
| Physician 医師名 | Signature 医師サイン |