

健康調査票

Questionário de saúde

船橋市立

学校

Escola municipal de Funabashi

学年	Série	
組	Turma	

この調査は、お子さんが健康で安全な学校生活を送るために、定期健康診断や日常の健康管理指導に役立つものです。記入にあたっては、わかる範囲内で記入してください。

Este questionário será utilizado para o exame médico periódico e orientação para a manutenção diária de boa saúde para que o aluno possa ter uma vida escolar saudável e segura. Favor fornecer todas as informações possíveis.

児童氏名 Nome do aluno		男・女 M・F	生年月日 Data de nascimento	年 月 日 Ano Mês Dia
保護者氏名 do responsável		現住所 Endereço residencial	船橋市 Funabashi-shi	
家庭連絡 Contato com a família	自宅電話 Telefone residencial			
	緊急連絡先(けがや急病のとき確実に連絡できる所) Telefones para contato em caso de emergência (a fim de contactar com certeza em caso de ferimentos ou doença imprevista do aluno)			
	・父の勤務先 Empregador do pai	電話 Telefone comercial		
	・母の勤務先(パート含む) Empregador da mãe (incluindo emprego de meioexpediente)	電話 Telefone comercial		
	・親戚・近所の人・その他 ()様 電話 Parentes · vizinhos · outras pessoas (Srs.) Telefone			
保険証 Carteira de Seguro de Saúde	・有 国保 社保() ・無 その他の適用() Tem Seguro nacional de Saúde / Seguro social para assalariado · Não tem Outros			
かかりつけの 医院等 Seu médico	内科(小児科) 医院名 電話 Clínica geral (Pediatría) Nome do hospital Telefone			
	外科(整形外科) 医院名 電話 Clínica cirúrgica (Clínica ortopedica) Nome do hospital Telefone			

既往歴(今までにかかった病気に○印を付け年齢を記入して下さい。)

História clínica (Favor indicar com ○ as doenças que já teve e escrever idades.)

麻疹(はしか) Sarampo 歳 Quando teve anos	リュウマチ熱 Febre reumática 歳 Quando teve anos
水痘(みずぼうそう) Catapora 歳 Quando teve anos	ひきつけ・けいれん Convulsão 歳 Quando teve anos
風疹(三日はしか) Rubéola 歳 Quando teve anos	腎臓病 Doença renal 歳 Quando teve anos
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) Caxumba epidêmica 歳 Quando teve anos	薬品アレルギー Alergia de medicamentos 歳 Quando teve anos
百日咳 Coqueluche 歳 Quando teve anos	喘息 Asma 歳 Quando teve anos
川崎病 Doença de KAWASAKI 歳 Quando teve anos	その他 Outras doenças
心臓病 Doença cardíaca 歳～歳 da idade de anos a anos	

今まで手術を受けたことがあれば記入して下さい。
Já fez cirúrgia? Se afirmativo, favor preencher abaixo:

病名 Nome da doença () 年齢 Idade ()

病名 Nome da doença () 年齢 Idade ()

現在、病院(医院)で治療や定期検査を受けていることがあれば記入して下さい。 **Faz tratamento ou tem exame médico periódico por algum hospital(cl ínica) atualmente? Se afirmativo, favor preencher abaixo:**

病名 Nome da doença () 病院名 Nome do hospital () 年 月 日
 現在 Data: ano mês dia

現在の健康状態 Estado atual de saúde

あてはまる場合は、該当学年の欄に○印をつけて()内に記入して下さい。 Favor assinalar com ○ nos quadros correspondentes à série atual e escrever nas (), se houver item correspondente.

年 Série	年 Série	質 問 事 項
		医師に激しい運動を止められている(理由:) Os exercícios e atividades físicas intensas estão proibidos pelo médico. (Por causa de:
		熱を出しやすい(どんな時:) Tem tendência de ter febre. (Quando?)
		頭痛を起こしやすい(どんな時:) Tem tendência de ter dor de cabeça. (Quando?)
		立ちくらみ貧血をおこしやすい(どんな時:) Tem tendência de sentir tontura quando está em pé devido anemia. (Quando?
		アレルギー体質ですか(どんな時:) Tem Alergia? (Quando?)
		背骨が曲がっているように思われる Sente que tem curvatura da coluna vertebral.
		登校時になると心身の異常を訴えることがある Queixa-se de anomalia física e mental, quando vai à escola.

その他、担任や養護教諭・校医に知らせておきたいことがありましたら記入してください。

Favor escrever outras informações que deseja fornecer ao professor responsável, enfermeiro/a e médico da escola.