



MBIS Health Form

Admissions 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**. **Early submission is strongly recommended** to ensure there are no missing items that could result in a delay in admission. **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 signed and dated by a physician or a copy of an official immunization record, such as maternity passbook (bo-shi-teh-chō). See **Mandatory Vaccinations** list below.
- ☐ **A physical examination** signed and dated by a physician within 6 months of your child's starting date of admission.
- ☐ **A TB Skin Test or IGRA test** with official documentation signed and dated by 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 or chest x-ray results.
- ☐ **A chest x-ray** with official documentation signed and dated by a physician **if your child is entering Grade 10**.
- ☐ **MBIS Health Forms** completed and signed and dated by a parent/guardian.
- ☐ **A tuberculosis questionnaire** completed and signed and dated by a parent/guardian.
- ☐ 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. Please refer to the Japanese Immunization Schedule at the Infectious Disease Surveillance Center (<http://www.nih.go.jp/niid/ja/vaccine-j.html>), or equivalent immunization schedule recommended by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html>.

Please continue to comply with the Japanese Immunization Schedule after admission to MBIS. Submission of the latest immunization record with a physician's signature and the date is mandatory.

Mandatory Vaccinations

- DPT- I (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)
- Hepatitis B (3 shots over 6 months: Mandatory for children born after 2016)

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 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.



MBIS Health Form

入学準備チェックリストと予防接種に関する情報

入学初日までに以下の書類をすべて提出する必要があります。すべて確認できるまで授業に参加していただけないのでご注意ください。早期提出をしていただきますと、不備がないか事前に確認をさせていただきます。このチェックリストを参照して書類がそろっているかご確認ください。

☐ 医師のサインと日付の記入された予防接種の記録 (母子手帳等)

必須予防接種については下記の **必須予防接種の種類** リストを参照してください。

☐ 医師のサインと日付の記入された健康診断書 (過去6か月以内の物)

☐ 医師のサインと日付の記入されたツベルクリン反応、またはIGRA検査の記録 (過去6か月以内の物)
健康診断書の中への記入でかまいません。

☐ 医師のサインと日付の記入された胸部レントゲンの記録 (10年生へ入学の生徒のみ)

☐ 保護者のサインと日付の記入されたすべてのマリストヘルスフォーム

☐ 保護者のサインと日付の記入された結核問診票

☐ 必要書類がA4サイズでプリントされている

.....

必須予防接種

当校では日本で定期予防接種とされているものを必須にしています。入学時に必要な予防接種はお子様の年齢によって変わります。日本の定期予防接種のスケジュールにつきましては国立感染症研究所

(<http://www.nih.go.jp/niid/ja/vaccine-j.html>) または米疾患予防センターの推奨する同等のスケジュール

(<http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html>) を参照してください。

入学後も年齢に応じて定期予防接種を受けていただき、その都度医師のサインと日付の記入された予防接種の記録を提出してください。

必須予防接種の種類

- DPT-三種混合 (7.5 歳までに 4 回)
- DT-二種混合 (11 歳から 13 歳までに 1 回)
- Polio-ポリオ(7.5 歳までに 4 回: DPTと合わせた四種混合でも可)
- MR-麻疹・風疹(1 年生までに 2 回: おたふくと合わせた MMR でも可)
- 日本脳炎 (第一期は 7.5 歳までに 3 回: 第二期は 9 歳から 13 歳までに 1 回)
- B 型肝炎 (6 か月間の間に 3 回: 2016 年以降生まれの生徒のみ必須)

予防接種の拒否: 予防接種を拒否されるご家庭は原則として当校に入学することができません。予防接種を受けられない理由がある場合は入学前に必ず学校までお知らせください。予防接種に含まれる成分に対してアレルギーを持っている等の理由がある場合は、予防接種を受けることができない理由を記載した医師の診断書を提出していただきます。

予防接種券: 日本で定期予防接種とされている予防接種には政府から予防接種券が発行されますので、お住まいの区の区役所までお問い合わせください。



MBIS Health Form

Physical Examination Form

Must be from the last 6 months
過去 6 ヶ月以内のもののみ有効です。

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.

この健康診断書は、入学時・小学 1 年・4 年・中学 1 年・高校 1 年の際に、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。★ use doctor's discretion. ★ は医師の判断で省略可

Last Name ・ 姓 (英語表記)		Examination Date ・ 検診実施日	
First Name ・ 名 (英語表記)		Date of Birth ・ 生年月日	
Height ・ 身長	Cm	Head Lice ・ アタマジラミ	
Weight ・ 体重	Kg	Developmental Assessment ・	
Heart Rate ・ 脈拍	BPM	発達の評価	
Respiratory Rate ・ 呼吸数	RPM	Lymph nodes ・ リンパ節	
Temperature ・ 体温	°C / F	Throat/Tonsils/Adenoids ・	
Blood Pressure ・ 血圧		扁桃腺/アデノイド	
Heart Sounds ・ 心音		Mouth/Nose/Sinuses ・	
Respiratory Sounds ・		口/鼻/副鼻腔	
Hearing ・ 聴力	L	Head/Face/Neck ・	
	R	頭/顔/首	
Eyesight ・ 視力	L	Ear Drums ・ 鼓膜	
	R	Limbs ・ 四肢の状態	
Diet ・ 食事制限		Abdomen ・ 腹部	
Allergies ・ アレルギー		Scoliosis ・ 脊柱側彎症	
Integumentary System ・		Urinalysis ・ 尿検査	Protein + / -
皮膚の状態			Blood + / -
			Glucose + / -
Neurological System ・		★ ECG ・ 心電図	
神経学的所見		★ Hemoglobin ・	
Musculoskeletal System ・		ヘモグロビン	g/dl
筋肉/骨機能		Chest X-ray (G10 only) ・	
Other Health Concerns		胸部レントゲン(高 1 のみ)	
特記事項			

Tuberculosis Skin Test or IGRA test (QFT /T-SPOT) ツベルクリン反応、又は IGRA 検査(QFT 検査、又は T-SPOT 検査):

Required for new students only. A negative result from either test must be provided before admission. If you have answered "yes" to any questions on TB Questionnaire, IGRA test is recommended instead of the TB skin test.

新入生のみ必須。入学までにいずれかで陰性の証明が必要です。別紙の結核問診票で一つでも「はい」がある場合はツ反ではなくはじめてから IGRA 検査を受けるようにしてください。入学後の定期健診時は医師の判断で省略可。

Outer flare ・ 最外発赤径 ()x()mm, Indurations ・ 硬結の有無 (+ , -)

Size of induration ・ 硬結径()x()mm, Blister ・ 水疱の有無 (+ , -)

IGRA result (+ , - : Value)

Doctor's Signature ・ 医師署名

Date (YYYY/MM/DD) ・ 日付

Address and Phone Number ・ 住所 ・ 連絡先



MBIS Health Form

Immunization Record

Student Name: _____

This section must be completed by a physician. Or, the 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 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、変更点のみ学校までご連絡下さい。

★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

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	
Hepatitis B B型肝炎 (Mandatory if born after 2016)	No 1	
	No 2	
	No 3	

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 (ヒブ)	No 1	
	No 2	
	No 3	
	No 4	
HPV・子宮頸ガン Cervarix・Gardasil	No 1	
	No 2	
	No 3	

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

C. TB skin test, IGRA test, OR X-RAY RESULTS

ツベルクリン、IGRA 検査 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・麻疹(はしか)	Y N	
Rubella・風疹	Y N	
Mumps・おたふくかぜ	Y N	
Chicken Pox・水痘	Y N	
Tuberculosis・結核 (Answer yes if preventative medicine such as isoniazid (INH) was taken.)	Y N	
Hepatitis A・A型肝炎	Y N	
Hepatitis B・B型肝炎	Y N	

Doctor's Signature・医師署名

Date (YYYY/MM/DD)・日付

Address and Phone Number・住所・連絡先



MBIS Health Form

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

Have your child been diagnosed with any Allergies お子様にアレルギーがあると診断された事がありますか？	Yes はい ・ No いいえ	Allergic to: 何に対して:	Age of the diagnosis: 何歳のとき: Incident: どのようになった: Prescription 処方されている薬	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	
				Other hypersensitivity 他の敏感反応		

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. 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)



MBIS Health Form

Student Health Record

Family Name (姓) Given Name (名) Name in Kanji, if any (漢字) DOB (生年月日) (YY/MM/DD) M/F (性別)

1st Contact Name, Phone #, Relation 第一連絡者氏名,連絡先と続柄 2nd Contact Name, Phone #, Relation 第二連絡者氏名,連絡先と族柄

3rd Contact when guardians not available 保護者が不在の時の連絡先と族柄

Name and Phone # of Family Doctor ・ かかりつけの医師名と連絡先

E. CURRENT CONDITON ・ 現在のようす:

This form will be returned to you every year. Please only fill out under your child's current grade. この用紙は毎年お返ししますので、 現在の該当学年の欄にのみ 記入して下さい。		“v” all the applicable columns あてはまるものに“v”をいれてください					
		M3	M4	K			
A	NO KNOWN HEALTH CONCERNS 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 睡眠中にいびきをかいて無呼吸になる						
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。



MBIS Health Form

Student Health Record

Family Name (姓) Given Name (名) Name in Kanji, if any (漢字) DOB (生年月日) (YY/MM/DD) M/F (性別)

1st Contact Name, Phone #, Relation 第一連絡者氏名,連絡先と続柄

2nd Contact Name, Phone #, Relation 第二連絡者氏名,連絡先と族柄

3rd Contact when guardians not available 保護者が不在の時の連絡先と族柄

Name and Phone # of Family Doctor ・かかりつけの医師名と連絡先

E. CURRENT CONDITON ・現在のようす:

This form will be returned to you every year. Please only fill out under your child's current grade. この用紙は毎年お返ししますので、 現在の該当学年の欄にのみ 記入して下さい。		“V” all the applicable columns 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	NO KNOWN HEALTH CONCERNS 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 睡眠中にいびきをかいて無呼吸になる						
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。



MBIS Health Form

Student Health Record

Family Name (姓) Given Name (名) Name in Kanji, if any (漢字) DOB (生年月日) (YY/MM/DD) M/F (性別)

1st Contact Name, Phone #, Relation 第一連絡者氏名,連絡先と続柄 2nd Contact Name, Phone #,Relation 第二連絡者氏名,連絡先と族柄

3rd Contact when guardians not available 保護者が不在の時の連絡先と族柄

Name and Phone # of Family Doctor ・ かかりつけの医師名と連絡先

E. CURRENT CONDITON ・ 現在のようす:

This form will be returned to you every year. Please only fill out under your child's current grade. この用紙は毎年お返ししますので、 現在の該当学年の欄にのみ 記入して下さい。		“v” all the applicable columns 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	NO KNOWN HEALTH CONCERNS 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 睡眠中にいびきをかいて無呼吸になる						
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・検査を受けている 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・糖尿病の治療を受けている 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。



MBIS Health Form

Student Health Record

Dear parents and guardians

Please find below important information regarding the mandatory vaccinations and testing required by the school.

1. TB skin test:

This is a mandatory test which *must be completed before a student is allowed to start at MBIS.* To complete this test, you will require two appointments. The second appointment is exactly 48 hours after the first. Please check your personal schedule and the clinic's business hours before making your appointments. The result will be considered void if you do not return exactly 48 hours after the initial test. You will then be required to retake the test, at an additional cost. Please read the TB questionnaire thoroughly, and follow the instruction.

2. IGRA test (Quantiferon test or T-SPOT test):

You may choose to have the IGRA testing instead of the TB Skin test. The result must be submitted to the school nurse before a student is allowed to start school. If the TB skin test result is inconclusive, you will be instructed by the school nurse to follow-up with an IGRA test. Please be aware that this test costs approximately 13,000yen. You are required to make an appointment in advance, so that the clinic has time to order this specialized test. Please also note that some clinics only perform this test on certain days.

3. Vaccinations:

Please bring all previous vaccination records to the clinic, together with the notice from school indicating which vaccinations are needed.

In addition, please bring your Japanese health insurance card and vaccination vouchers provided by the ward office. If you do not have these, please be aware that you will have to pay the full price out of pocket, which can be costly.

4. Antibody test:

If you cannot provide your child's previous vaccination records, you will be asked to undertake Antibody testing to identify which diseases your child has antibodies against. The cost of testing depends on which tests, and how many tests, need to be tested for. Please be aware that testing may cost approximately 30,000-40,000yen.

5. Other considerations

Please be aware that many clinics only accept cash for payment. If you are a registered resident, please make sure you bring your health insurance card and Mother-child book, provided by the ward office, to every clinic visit.



MBIS Health Form

Student Health Record

保護者各位

入学時に必要な検診や予防接種のためにお医者さんにかかるにあたりご了承くださいたい事項がございますので以下を熟読下さいますようお願いいたします。

1、ツベルクリン反応：

これはマリストへの入学時に必須の検査です。完了するまで自宅待機となりますのでご注意ください。検査を完了するには、接種から 48 時間後に病院に戻っていただく必要があります。最初の訪問をする前にご自身のスケジュールと病院の診療時間を確認して下さい。48 時間後に戻れない場合、結果は正確ではないとみなされ自費で再度接種していただく場合がありますのでご注意ください。結核問診票を熟読し、指示に従ってください。

2、IGRA 検査(クオンティフェロン又は T-SPOT 検査)：

この血液検査はツベルクリン反応の代わりに受けることができます。また、ツベルクリン反応の結果や結核問診票を元にこの検査を受けるように学校から指示される場合もあります。この検査には約 13,000 円かかります事と、病院によっては検査の準備に時間を要するため数日前までにこの検査の予約をとる必要がある事、そして病院によっては接種可能な日時に制限がある事をあらかじめご了承下さい。

3、予防接種：

予防接種を受けられる際には必ず以前の予防接種記録をすべて病院に提出して下さい。区役所が提供する健康保険証や予防接種券は必ず持参してください。もし、何らかの理由でお持ちでない方は全額を実費で支払う必要がありますのでご注意ください。

4、抗体検査：

過去のワクチン接種記録を紛失された場合は、どの疾患に抗体があるのかを確認するための血液検査を受けていただきます。検査の価格は検査する必要がある病気の種類と病気の数によって異なりますが、合わせて 3~40,000 円になる場合があることをあらかじめご了承下さい。

5、その他の考慮事項

多くの病院では現金での支払いしか受け付けないことに注意して下さい。住民登録をされている場合は、病院に必ず健康保険証と母子手帳を持参して下さい。



MBIS Health Form

Tuberculosis Questionnaire

Request to All Parents/Guardians:

This questionnaire is absolutely necessary in order for the tuberculosis check-up to be conducted correctly. Please complete this form accurately. This information will only be used 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 below.)	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) 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
	B. Has your child been diagnosed with asthma or bronchitis?	YES	NO
No 6	Prior to this health check has your child had a positive result to a Tuberculosis Skin Test?	YES	NO

If you answered "YES" to any questions above, you may be required to take IGRA Test (QFT or T-SPOT) instead of TB skin test. Please contact the school office before receiving the TB skin test.

* Please have the physician fill out your child's TB screening result in the corresponding sections C: Tuberculosis Screening Result of the Immunization Record form and in the Tuberculosis Skin Test of the Physical Examination Form.

Parent/Guardian's Signature

Date (MM/DD/YYYY)



MBIS Health Form

結核問診票

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	このお子様は、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	このお子様は、今までに結核性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	このお子様が、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	このお子様が、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○で囲んでください。 ※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・ウオリス・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・キリバス・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・ベラルーシ・ペルー・ボズニア・ヘルツェゴビナ・ボリビア・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、この二週間以上「せき」や「たん」が続いていますか？	はい	いいえ
	補問	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
		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	今回より以前に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

いずれかの回答が「はい」の場合はツベルクリン反応ではなく、IGRA 検査(QFT 又は T-SPOT 検査)を受ける必要がある可能性がありますので、ツベルクリン反応を受けられる前にスクールオフィスまでご連絡ください。

* 結核スクリーニングの結果を書く欄は二つあります。今年度の結果はかかりつけ医に記入してもらう健康診断用紙にご記入を、今年度を含む今までのすべての結果は予防接種記録表の C の項にご記入を、お願いいたします。

保護者署名

日付(月/日/年) _____



MBIS Health Form

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たりします。結核は、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。