

## 健康に関する情報

極秘—ヘルスセンターにおいて保存

すべての該当欄に記入してください。

生徒名	<input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/>
保護者名	<input type="text"/>		
自宅電話	<input type="text"/>	携帯・職場	<input type="text"/>

### 喘息用薬剤

	名称	服用量	頻度
長期管理薬	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
発作用薬	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
最高ピークフロー値	<input type="text"/>		

喘息用のアクションプランはありますか？ はい  いいえ

「はい」の場合、アクションプランをスクールナースに提出してください。長期管理薬を使用の場合、NZ喘息協会では半年～1年ごとにプランの見直しを推奨しています。GP（一般開業医：ニュージーランドでは症状・疾患に関わらず、まずGPの診察を受ける）または看護師にお問い合わせください。

### アレルギー

エピペンが必要とするお子さんは、医療従事者が署名した、現時点での「アレルギーアクションプラン」をスクールナースに必ず提出してください。お子さんが抗ヒスタミン剤を必要とする可能性がある場合、氏名と服用量を薬剤に明記して、スクールナースに薬剤を提供してください。

アレルゲン	反応	治療
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

お子さんがアレルギー反応を起こすすべての植物、食品、動物、絆創膏、薬剤などを列記してください。

### 糖尿病

薬物治療 はい  いいえ  はいの場合 インシュリン  錠剤

その他の関連症状の詳細を記入して、関連する医療情報、医師・専門医による診断書を添えてください。（例：心雑音、視力障害、感覚障害（聴覚）、てんかん、ADHD、偏頭痛、車酔い、めまい、特殊な食事療法、慢性的な鼻血、色盲）

保護者またはお子さんの身体的・精神的安全を徹底するために、スタッフが把握すべき情報がありますか？

はい  いいえ  （例：文化的な慣習、障害、高所・暗所・狭所への不安、妊娠、行動面・感情面での問題、夢遊病）

お子さんは「スクールデンタルプログラム」に登録していますか？

はい  いいえ

担当のGPおよび歯科医があれば、氏名と住所を記載してください。

GP名
住所
電話番号

歯科医名
住所
電話番号

- 私は、担当スタッフに本情報を公開することを許可します。 はい  いいえ
- 緊急事態の場合、発生費用を承諾します（事故以外の救急車など）。 はい  いいえ
- 私は、軽症の疾患にPanadol（鎮痛解熱剤の商品名）を子供に服用させることを承諾します。 はい  いいえ

署名

親・養護者・ガーディアン

日付

裏面をご覧ください

## 予防接種

私の子供は、5歳までの予防接種をすべて完了しています。 はい・いいえ

私の子供は、一部の予防接種が残っています。 はい・いいえ

予防接種が完了していない場合、受けた予防接種を表示してください。

受けた予防接種に「✓」を入れてください。

- |                          |      |   |
|--------------------------|------|---|
| <input type="checkbox"/> | 6週   | ジフテリア、破傷風、百日咳、ポリオ、B型肝炎、ヘモフィラス・インフルエンザ菌タイプB<br>＝接種1回 (Infanrix-Hexa)<br>肺炎球菌＝接種1回 (Prevenar) |
| <input type="checkbox"/> | 3カ月  | ジフテリア、破傷風、百日咳、ポリオ、B型肝炎、ヘモフィラス・インフルエンザ菌タイプB<br>＝接種1回 (Infanrix-Hexa)<br>肺炎球菌＝接種1回 (Prevenar) |
| <input type="checkbox"/> | 5カ月  | ジフテリア、破傷風、百日咳、ポリオ、B型肝炎、ヘモフィラス・インフルエンザ菌タイプB<br>＝接種1回 (Infanrix-Hexa)<br>肺炎球菌＝接種1回 (Prevenar) |
| <input type="checkbox"/> | 15カ月 | ヘモフィラス・インフルエンザ菌タイプB＝接種1回 (Hiberix)<br>はしか、おたふく風邪、風疹＝接種1回 (MMR II)<br>肺炎球菌＝接種1回 (Prevenar)   |
| <input type="checkbox"/> | 4歳   | ジフテリア、破傷風、百日咳、ポリオ＝接種1回 (Infanrix-IPV)<br>はしか、おたふく風邪、風疹＝接種1回 (MMR II)                        |
| <input type="checkbox"/> | 11歳  | ジフテリア、破傷風、百日咳＝接種1回 (Boostrix)   |
| <input type="checkbox"/> | 12歳  | 子宮頸がん (ヒト乳頭腫ウイルス：HPV) ＝6カ月で接種3回 (Gardasil) —女子のみ  |

注：11歳（イヤー7）のBoostrix および12歳（イヤー8）のHPV は、保護者の承諾に基づき、厚生省を通じて学校で接種されます。

## 薬剤の投与

専門医名

電話番号

私の子供は、学校で以下の処方薬剤が必要です。

薬剤名

服用量

服用時間

開始日

終了日

服用理由

その他

- 私は、子供の氏名、薬剤名、正しい用量を容器に明記して、提供品が使用期限を過ぎないように提供品の管理に対する全責任を負うことを了解しています。
- 私は、スクールナースやほかの指定スタッフが私の子供の必要性に応じて、この薬剤を投与することを許可します。
- 私は、学校がこの薬剤の投与に相当な注意を払うことを了解していますが、薬剤の投与に関連する責任につき、学校および学校スタッフを免責します。
- 私は、上記の薬剤に関する情報に変更が生じた場合、書面において学校に連絡します。
- 学校は、本情報を保管する責任を了解しています。

保護者氏名

保護者署名

日付

KAMARへの入力（学校用）