

filled by a *PHYSICIAN*・医師によるご記入をお願い致します。

Student's name (生徒名・アルファベット記入) _____

Date of Birth (D/M/Y) 生年月日 _____

Height 身長 : _____ Weight 体重 : _____ Temperature 体温: _____

Pulse 脈: _____ Respiration 呼吸数: _____ Blood Pressure 血圧: _____

	Normal	Abnormal	Comments
Developmental assessment 発達			
Integumentary system 外皮系			
Ears / Hearing 聴力			
Eyes / Vision 視力 Right: Left:			
Throat / Tonsils 扁桃腺			
Head / Face / Neck 頭・顔・クビ			
Respiratory system 呼吸器系			
Lymphatic system リンパ節			
Cardiovascular system 循環器系			
Abdomen 腹部			
Musculoskeletal 筋骨格系			
Neurological 神経系			

Please specify any health problems which could interfere this child's participation at school, including sports, physical education and school activities or would have an effect on the school class room: スポーツを含むイベント・学校生活全般に支障をきたすような事項があればご記入をお願いします。

Hospital Name 病院名 _____

Physician's Name 医師名 _____

Physician's Signature 署名 _____ Date 日付 _____

Address 住所 _____

Telephone 電話 _____