Dear Parent or Guardian,

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| (Year) | / | (Month) | / | (Day) |  |
| () School |
| Principal（） |

（）

**HEALTH SURVERY FOR OVERNIGHT STAY(STUDY TRAVEL,etc.)**

にい、にをうためにおさんのをいます。

We would like you to fill out this questionairre on your child’s health, so that they may participate safely in the overnight stay.

、のため、おししたにれてごください。

In order to protect the privacy of the child, please return the completed form in an envelope.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | 　 |
| Grade |  | Class |  | Number |  | Student’s Name |
| １. Normal Temperature | （　　　　　．　　degrees） |
| ２．についてMotion Sickness | （　　）「う」(をにしてほしい)Gets sick(Would like to sit in the front)（　　）「酔わない」または「ときどき酔う」Doesn’t get sick or rarely gets sick. |
| ３．アレルギーについてAllergies | （　　）ないNone （　　）ある Has Allergies※ある、どんなにどのようにでるかいてください。※If allgeric, please detail the allergies.（）のや、がたのなどをおください。Please write the actions that should be taken in case of an allergic reaction.（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）)アレルギー・アレルギー・そのべや　Exemple: In cases of food or medicine allergy, please write the name of the food or medicince allergy. |
| ４．までにかかったPast Sickness or Disease | ○をつけてください。PleaseCircle.（　　）てんかんEpilepsy （　　）ぜんそくAsthma（　　）Kidney Disease （　　）Heart Disease（　　）の Seizures outsides of Febrile Convulsions（　　）そのOther ( ) （　　）Surgery ( )（　　）や Prolonged Treatment or Hospitalization※に○をつけたおさんは、かかった、やのなどをおきください。※If you marked any of the above, please write the disease the age it occured and current condition of your child.（） |
| ５．のCurrent Health | （　　）Good （　　）またはIn Treatment or ObservationやけがのName of the disease or surgery（ ）にのはDo you have doctor’s permission to participate in the camp?（　　）あるYes （　　）ないNoについて、にしてほしいことがありますか。おきください。Please write if there is any special attention needed to the condition during the trip. ※**にく**　**Continue to the back** |
| ６．についてMedication | をするは、そののとどういうにするものかについておきください。If your child will bring medication, please write the medication’s name, when and how to take it.* などはおさんがわかるようにしっておきましょう。
* Please ensure your child knows how to take the medication.
 |
| ７．についてNighttime Urination | のがありますか。Do you have a concern about your child having to urinate at night?（　　）ないNo （　　）あるYes(　　)におこしてほしいPlease wake my child. （　　　　　　ころ）Time(　　)におこさなくてもよいNo, do not wake my child. |
| ８．そのOther | がかりなこと、したいことがありましたらでもですのでおきください。Please write any other concerns or questions.までごくださってもです。You may speak directly to your child’s teacher. |

●▲までににしてください。Please return to the homeroom teacher by ●(Month)▲(Day).