

健康観察カード Health Information Card

学年 Grade____ 組 Class____ 氏名 Name_____

来室日時 () 月 () 日 () 曜日 午前・午後 () 時 () 分
Date _____ AM / PM ____:____

■ どうしましたか? What seems to be the problem?

- 頭痛 Headache 腹痛 Stomachache 下痢 Diarrhea
寒気 Chills 咳 A Cough かゆみ Itching
だるさ Feeling tired 心配な事がある Worrying

■ いつからですか? When did it start?

- () 時間前 hour(s) ago () 日前 days ago
きのう Yesterday 今朝 This morning 放課後 After school
その他 ()

■ 原因は何でしょうか? What caused it?

- ()

■ 昨夜はよくねむれましたか? Did you sleep well last night? はい Yes. いいえ No.

■ 睡眠時間はどのくらいですか。 How long did you sleep? ____ : ____ から ____ : ____ まで From to

■ Did you eat? 食事は取りましたか。

- 夕食 Dinner はい Yes. ・ 少し A little. ・ いいえ No.
朝食 Breakfast はい Yes. ・ 少し A little. ・ いいえ No.
昼食 Lunch はい Yes. ・ 少し A little. ・ いいえ No.

■ What do you want to do? どうしたいですか?

- 授業を受ける Attend classes 椅子で休む Have a rest on the chair
ベッドで休む Have a rest in bed 早退する Go home
病院に行く See a doctor その他 Others ()

◆ 来室時の状態 ◇ 体温 () °C ◇ 脈拍 () 回/分

◇ 所見