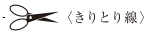


学校関係者様

- ・こちらの調査票を心電図台紙に貼付していただく際には、「きりとり線」で切り取ってから貼付してください。
- ・保護者様より外国語でのご記入がございましたら、できるだけ日本語訳を併記していただきますようお願いいたします。



[英語]

Medical Questionnaire about Heart Health
学校心臓検診調査票

To Parents and Guardians:

This questionnaire contains questions about the health of your child. Parents or guardians of the child are required to answer the following questions. They are important as to predict and judge whether your child has a symptom of heart disease or not. Please circle YES or No for all questions.

[保護者の方々へ] 下記の質問は、児童生徒(本人)に関する質問です。記入は、すべて保護者がおこなってください。この調査票は、心疾患の有無を判断したり、予測するのに、重要な質問です。すべての質問に対し(はい・いいえ)のどちらかに○を付けてください。

1. Has a doctor diagnosed your child as having any heart problem? YES / NO

- Please circle NO in case that the child has been diagnosed with an atrial septal defect/ventricular septum defect (the heart of your child has a hole in its divider) but that it closed naturally later on, or that the child have an innocent murmur/functional murmur.

- If you answered YES, what is the name of the disease? _____

[質問1] 現在、医師から「心臓が悪い」もしくは「不整脈がある」と言われている。(はい・いいえ)

[注] 以前、心房中隔欠損・心室中隔欠損(心臓の間仕切りに穴が開いていた)があったが自然閉鎖した場合、無害性心雑音・機能性心雑音と診断された場合は、「いいえ」に○を付けてください。質問1で「はい」に○を付けた方は、答えてください。その病名は()

2. Has your child ever had any cardiac surgery or percutaneous coronary intervention (PCI)? YES / NO

- If you answered YES, what disease was the cause of the surgery or PCI? _____

[質問2] 過去に心臓の手術もしくは心疾患に対するカテーテル治療を受けたことがある。(はい・いいえ)

質問2で「はい」に○を付けた方は、答えてください。その病名は()

3. Has your child ever suffered from Kawasaki disease? YES / NO

- If you answered YES, please circle one of the following.

- a. You were told by a doctor that your child has no coronary artery aneurysm, which is an after effect of the disease.
- b. You were told by a doctor that your child has a coronary artery aneurysm.
- c. You don't know if your child has a coronary artery aneurysm or not.

[質問3] 川崎病にかかったことがある。(はい・いいえ)

質問3で「はい」に○を付けた方は、下記a、b、cのいずれかに○を付けてください。

a、心臓後遺症(冠動脈瘤)がないといわれている。 b、心臓後遺症(冠動脈瘤)があるといわれている。 c、心臓後遺症(冠動脈瘤)の有無は不明。

4. ①Has your child ever fainted or lost consciousness? YES / NO(*)

- Please circle NO in the case that your child fainted from the heat, hyperventilation syndrome, anemia, orthostatic dizziness, low blood pressure, epilepsy or another non heart related reason.

②Has your child ever fainted or lost consciousness while swimming? YES / NO(*)

[質問4] ①運動時に失神(気を失った)したことがある。(※) (はい・いいえ)

[注] 熱中症・過換気症候群・貧血・立ちくらみ・低血圧・てんかん・起立性低血圧・頭をぶつけたなどで倒れた場合は、「いいえ」に○を付けてください。

②水泳中に失神(気を失った)したことがある。(※) (はい・いいえ)

5. Does your child have any family members or relatives who have suddenly died from heart disease at the age of 40 or under? YES / NO

If you answered YES, please answer the following questions.

a. Relationship with your child Who (ex: uncle) _____

b. Disease name _____

[質問5] 血縁者で、若くして(40歳以下)、心臓病で急死した人がいる。(※) (はい・いいえ)

質問5で「はい」に○を付けた方は、下記の問いに答えてください。

誰が(例:叔父) () どのような病気で()

Please circle the following ☐ Elementary School ☐ Junior High School ☐ High School	grade 学年	Class 組	student number 出席番号	Furigana ふりがな full name 氏名
Date of birth (*Please enter your age at the time of filling out the survey) 生年月日・歳				Name of sporting activity (please fill in if you are involved in sporting activities) Event name 種目名

※If you check "Yes," you may be required to undergo a detailed examination.

※The results of the examination may be analyzed without identifying individuals.

In that case, we'll take great care to protect your personal information.

※The answers to this questionnaire will not be used for any purpose other than the examination.

※「はい」に○がある場合、精密検査を受けていただくことがあります。

※心電図所見については個人情報保護に十分配慮し、個人を特定

できない形でデータの分析等に利用させていただくことがあります。

※この調査票の回答内容は検診以外の目的に使用することはありません。

