

Adesão ao Sistema de Seguro da Agência de Promoção Esportiva do Japão

Secretaria de Educação de _____

Congratulações pelo ingresso escolar.

A Secretaria de Educação de _____ possui acordo de cooperação com a Agência de Promoção Esportiva do Japão (abaixo abreviado como Agência) para dar suporte aos alunos da Escola _____ em caso de desastre ou acidente.

Caso ocorra algum acidente ou desastre com o aluno, quando sob supervisão da escola, haverá pagamento do tratamento médico ou de valores (mimai-kin) para os pais que tiverem ingressado no sistema. O ingresso no sistema é voluntário, e caso haja concordância, preencha o espaço abaixo e entregue à escola.

Para o pedido de pagamento, faz-se necessário uso da Internet para os procedimentos. Asseguramos que os dados serão manuseados com o cuidado necessário.

O valor e conteúdo são determinados pela Legislação da Agência de Promoção Esportiva do Japão (abaixo descrito como Legislação). Caso haja alterações na Legislação, serão estas que terão validade. Os pontos principais abaixo descritos são da atual legislação de 1º de janeiro do ano 24 da Era Heisei.

1 Tipo e conteúdo dos valores (conforme o terceiro parágrafo da Legislação)

tipo	cobertura	valor do auxílio	
machucado	ocorrido sob a supervisão da escola e caso o valor do tratamento médico seja superior a 5.000 ienes	despesas médicas : • Equivalente a 4/10 do valor que se paga quando se usa o seguro médico (dentro desse valor, 1/10 refere-se ao adicional requerido pelo tratamento). No caso de tratamento de valores altos (que varia conforme a renda), há o adicional de 1/10 do valor.	
doença	causada sob a supervisão da escola, e o custo do tratamento for superior a 5.000 ienes, e for relacionada pelo Ministério da Educação e Ciências: intoxicação alimentar causada pela merenda escolar/ intoxicação por gás ou outros/ insolação/ afogamento/ doença causada por ingestão ou absorção de objetos estranhos/ dermatite causada por laca ou outros/ doença causada por choque externo/ doença causada por machucado	• Incluir os gastos com refeição hospitalar, em caso de internação	
deficiência	deficiência causada por doença ou machucado, mesmo após encerramento do tratamento., sob a supervisão da escola	Valor em caso de deficiência: entre 37.700.000 a 820.000 ienes (caso tenha ocorrido durante o trajeto escolar, terá a metade do valor)	
morte	causa da morte seja por acontecimento ou consequência de doença adquirida na escola ou sob sua supervisão	Valor em caso de falecimento: 28.000.000 ienes (caso tenha ocorrido durante o trajeto escolar, 14.000.000 ienes)	
	morte súbita	durante atividades físicas	Valor em caso de falecimento: 28.000.000 ienes (caso tenha ocorrido durante o trajeto escolar, será a metade do valor)
		sem relação com atividades físicas	Valor em caso de falecimento: 14.000.000 ienes (caso tenha ocorrido durante o trajeto escolar, será de mesmo valor)

A supervisão da escola estende-se às seguintes situações:

- ① Durante as aulas (inclusive sob os cuidados da creche)
- ② Atividades externas executadas sob planejamento escolar
- ③ Horário de intervalo/ descanso ou outros determinado pela escola
- ④ Quando estiver seguindo o trajeto escolar conforme as regras determinadas pela escola/ creche
- ⑤ Quando estiver no alojamento escolar, outros.

2 Condições para recebimento dos valores

- ① O tratamento médico, do machucado ou doença, se estender pelo período máximo de 10 anos, contando-se da primeira consulta.
- ② O direito de se requisitar os valores será perdido caso ultrapasse o período de 2 anos, contando-se do dia do ocorrido.
- ③ O pagamento não será feito caso tenha-se recebido outros tipos de indenização (por exemplo, de sistemas municipais de apoio médico a crianças em idade pré-escolar ou de apoio a famílias com apenas um dos pais).
- ④ O pagamento de tratamento médico não será feito a membros que frequentem o ensino fundamental obrigatório, pré-escola, ou creches, de famílias que recebem ajuda financeira do sistema de proteção social (seikatsu hogou)
- ⑤ O pagamento não será feito a estudantes de ensino médio ou ensino técnico de nível médio que, devido a participação em crimes contra a lei por vontade própria, sofra machucado, doença ou falecimento. Inclui tratamento médico, deficiência ou morte.
- ⑥ O pagamento integral poderá não ser feito a estudantes de ensino médio ou ensino técnico de nível médio que, devido a própria negligência, sofra machucado, doença ou falecimento. Inclui tratamento médico, deficiência ou morte.

*conforme o sumário da Agência em relação ao Sistema de Seguro.

3 Valor do seguro a ser pago (valor anual)

Pais ou responsáveis pagarão _____ ienes

(Secretaria de Educação de _____, pagará _____ ienes)

※valores anuais a serem pagos

Formulário para adesão

À Secretaria de Educação de _____.

_____ cidade de _____, escola _____
 _____série_____turma_____nome do/a aluno/a_____

Consinto que o/a aluno/a acima, durante o período que frequentar escola, ingresse no Sistema de Seguro da Agência de Promoção Esportiva do Japão.

data: ano mês dia

nome do responsável _____ carimbo

Questionário de saúde

Esc. Primária			P1/ turma n°	P4/ turma n°	G1/ turma n°
Esc. Ginásial			P2/ turma n°	P5/ turma n°	G2/ turma n°
(hiragana)			P3/ turma n°	P6/ turma n°	G3/ turma n°
nome			nome do responsável		
data nasc.	ano	mês	dia		
endereço			TEL		

○contato de emerg.< escrever (parentesco) • trabalho • lar • celular > avisar em caso de alteração.

① () nome	TEL
	cel.
② () nome	TEL
	cel.
alterado para: () nome	TEL
	cel.

○instituição médica onde recorre em caso de necessidade

clínica-geral/ pediatria	ortopedia	dentista
Tel	Tel	Tel

○situação de saúde atual/ Histórico de doença (caso afirmativo, assinale com ○. Caso contrário, assinale √.)

	item	P1	P2	P3	P4	P5	P6	G1	G2	G3
1	Ultimamente, passo mal.									
2	Tenho diarreia frequentemente.									
3	Tenho prisão de ventre sempre.									
4	Tenho dor de estômago/ de barriga sempre.									
5	Sinto dor nas juntas.									
6	Sinto dor de cabeça.									
7	Tomo remédio para epilepsia.									
8	Tenho dermatite atópica.									
9	Tenho rinite alérgica.									
10	Tenho conjuntivite alérgica.									
11	Preciso ser acordado de manhã.									
12	Tenho pouca disposição pela manhã.									
13	Sou enjoado para comer.									
14	Quase nunca tomo café da manhã.									
15	Sofro de enjoo em automóveis.									
Fem.	Tenho cólicas. 1ª menstruação (P • G série. mês)									

○escreva, caso haja reação alérgica a alimentos ou remédios.

alimento	idade	sintoma	remédio	idade	sintoma

Nome

○Escreva as doenças que tem ou já teve.

doença	idade	doença	idade	doença	idade	doença	idade
sarampo	anos	rubéola	anos	catapora	anos	caxumba	anos
doença	idade	curado	tratando	Passou por cirurgia/ internação doença () período de internação ano mês ~ ano mês			
renal	anos						
cardíaca	anos						
Sínd. de Kawasaki	anos						
Asma	anos			Passou por cirurgia/ internação doença () período de internação ano mês ~ ano mês			
convulsão febril	anos						
otite	anos						
	anos						

○Vacinação recebida (verifique a caderneta de maternidade)

Nome da vacina		data da vacinação			Nome da vacina		Data da vacinação		
BCG		ano	mês	dia	pólio	1ª dose	ano	mês	dia
difteria/ coqueluche/ tétano (3 tipos comb.)	1ª dose da 1ª fase	ano	mês	dia		2ª dose	ano	mês	dia
	2ª dose da 1ª fase	ano	mês	dia		3ª dose (para vacina inativada)	ano	mês	dia
	3ª dose da 1ª fase	ano	mês	dia		adicional (para vacina inativada)	ano	mês	dia
	Adicional da 1ª fase	ano	mês	dia		encefalite japonesa	1ª dose da 1ª fase	ano	mês
Sarampo/ rubéola(MR) (comb.) 1ª fase	ano	mês	dia	2ª dose da 1ª fase	ano		mês	dia	
Sarampo/ rubéola(MR) (comb.) 2ª fase	ano	mês	dia	Adicional da 1ª fase	ano		mês	dia	

○lar ⇔ escola (escreva caso esteja em tratamento médico. Caso contrário, assinale com ○ na coluna negativa.)

série	Temp normal.	nega tivo	comunicado
Ex.	36.5°C	○	Devido a asma, vai 2 vezes/ mês ao hospital ○○, ingere remédio todos os dias (manhã). Não há restrição física quando não há crise. Tem alergia a ○○. Não permita que tome sopa com○○. É agitado e nervoso. Sofreu fratura e recorremos ao seguro.
P1			
P2			
P3			
P4			
P5			
P6			
G1			
G2			
G3			

Data / /

Aos Srs. Pais ou responsáveis

Diretor da escola

Aviso de exames de saúde

Comunicamos que os exames de saúde abaixo serão realizados com os fins de manter e promover a saúde das crianças e descoberta precoce de doenças. Pedimos sua colaboração (os exames a serem realizados na presente ocasião estão assinalados com ✓)

1 tipo de exame e data

nº	Tipo de exame	data a ser realizada				série
		mês	dia	dia da semana	horário	
<input type="checkbox"/> 1	clínico-geral					
<input type="checkbox"/> 2	biométrico					
<input type="checkbox"/> 3	odontológico					
<input type="checkbox"/> 4	oftalmológico					
<input type="checkbox"/> 5	otorrinolaringológico					
<input type="checkbox"/> 6	audição					
<input type="checkbox"/> 7	visão					
<input type="checkbox"/> 8	urina					
<input type="checkbox"/> 9	eletrocardiograma					

2 Pedimos que:

- nos exames de clínica-geral e biométrico:
- ✳ no dia anterior, tome banho e corte as unhas.
- ✳ venha à escola com roupas fáceis de vestir e despir.
- ✳ coloque nome nas roupas e roupas de baixo.

- no exame odontológico:
- ✳ após o café da manhã, escove os dentes.

- no exame de otorrinolaringologia:
- ✳ faça a limpeza dos ouvidos até o dia anterior.

3 outros

Comunicaremos os resultados dos exames posteriormente.

Data / /

Aos Srs. Pais ou responsáveis

Diretor da escola

Resultado do exame clínico geral

série	turma	nome
-------	-------	------

Comunicamos o seguinte resultado dos exames realizados. Pedimos que consulte um médico especialista o mais breve possível, e faça os exames específicos.

(os itens assinalados com ✓ se referem ao presente caso)

[anormalidade detectada]:

1 condição nutritiva: tendência a obesidade baixa nutrição suspeita de anemia

2 coluna vertebral, tórax, membros: suspeita de anomalia

()

3 dermatológica: alergia atópica eczema outros

4 cardíaco: arritmia sopro no coração ()

5 outros

[]

※após a consulta com o especialista, pedimos que o diagnóstico escrito pelo médico na ficha abaixo seja entregue a escola.

Relatório de diagnóstico médico

série	turma	nome
-------	-------	------

diagnóstico (nome da doença)
tratamento
cuidados que devem ser tomados com relação ao aluno

Afirmo que fiz o diagnóstico acima descrito.

ano mês dia

nome da instituição

nome do médico

carimbo

Questionário de saúde (odontológico)

série	turma	nome
-------	-------	------

Serão examinados os dentes, gengivas, posição dos dentes, mordedura, articulação da mandíbula e condição de limpeza. Assinale uma das opções.

Caso queira esclarecer algo com o dentista da escola, escreva no espaço abaixo.

I Quanto aos seus dentes, gengivas, mandíbula:

- | | | |
|---|------|------|
| 1. Quando se abre ou fecha a boca, há barulho nas articulações? | (sim | não) |
| 2. Sente dificuldade em abrir a boca, ou sente dor ao abrir a boca? | (sim | não) |
| 3. Há alguma preocupação em relação à posição dos dentes? | (sim | não) |
| 4. Há sangramento da gengiva? | (sim | não) |
| 5. Sente dor de dente, ou tem sensibilidade nos dentes? | (sim | não) |
| 6. Há casos em que sente dificuldade de engolir alimentos? | (sim | não) |
| 7. Sente que tem mau hálito? | (sim | não) |
| 8. Sabe o significado de CO? | (sim | não) |
| 9. Sabe o significado de GO? | (sim | não) |

Gostaria de perguntar ao dentista da escola:

Aos Srs. Pais e responsáveis

data / /

Nome da escola _____

Diretor da escola _____

Resultado do exame odontológico e recomendação de consulta

série _____ turma _____ nome _____

O exame odontológico realizado no mês __, dia __ apresentou o seguinte resultado (assinalados com O).

Sem presença de irregularidade:

	Não foi encontrado nenhum problema por ocasião dos exames. Para que se mantenha nesse bom estado, faça a escovação correta utilizando pasta de dente com fluor (use fio dental), tenha hábitos de saúde regulares (alimentação), e faça consultas regulares ao dentista, recebendo orientação e checagem da saúde dos dentes e boca.
--	--

[para quem teve somente resultado de necessidade de observação assinalado com O] No lar, faça a correta escovação de dentes utilizando pasta dental com fluor (use fio dental), tenha hábitos regulares (alimentação) e mantenha-se atento, verificando regularmente o estado dos dentes. Também recomendamos consultas periódicas ao dentista, para receber orientação e checagem.

Necessidade de observação:

	CO	Há dente com alta probabilidade de ficar cariado (dente de leite/ permanente)
	GO	A gengiva está levemente inflamadas ou com sangramento. Há probabilidade de se tornar gengivite.
	presença de placa	A escovação é insuficiente e há presença de placa.
	alinhamento, oclusão, articulação	Levemente irregular. Mantenha sob observação.

[para quem teve O assinalado na coluna abaixo] Recomendamos que o tratamento ou exames sejam feitos o mais rapidamente possível. Após o término do tratamento, peça que o dentista preencha o espaço abaixo, e faça com que o mesmo seja entregue a escola.

Recomenda-se consulta:

irregularidade	detalhes	resultado
Checar CO (CO-S)	Há dente com alta probabilidade de estar cariado (dente de leite/ permanente).	tratamento encerrado/ sob observação
cárie (C)	Há dente com perfuração devida a cárie (dente de leite/ permanente).	tratamento encerrado/ sob observação
gengivite (G)	Há dente recoberto por placa bacteriana, e há gengivite.	tratamento encerrado/ sob observação
acúmulo de tártaro	Não há gengivite, mas ao redor do dente há acúmulo de tártaro .	tratamento encerrado
alinhamento irregular dos dentes/ oclusão	Há problema grave no alinhamento dos dentes e oclusão.	tratamento encerrado/ sob observação
irregularidade na articulação	Há sinais de irregularidade nas articulações da mandíbula.	tratamento encerrado/ sob observação
dente de leite	Ainda há presença de dente de leite no local de dente permanente	tratamento encerrado/ sob observação
acúmulo de placa	Há grande quantidade de placa bacteriana na superfície do dente ou nos novos dentes molares	tratamento encerrado/ sob observação
outros		tratamento encerrado/ sob observação

Ao dentista

Solicitamos o tratamento e exames necessários.

Também pedimos os resultados da consulta e tratamento.

Data:

Nome da clínica

Nome do dentista _____ carimbo

Pedido aos senhores pais

Das consultas recomendadas acima, o tratamento ortodôntico para [alinhamento irregular dos dentes/ oclusão] não é coberto pelo seguro de saúde. Caso [alinhamento irregular dos dentes/ oclusão] esteja assinalado, e não haja o desejo de se fazer o tratamento ou consulta, por favor assine abaixo e faça com que seja entregue a escola.

Nesta ocasião, desejo que não seja feito o tratamento ou consulta a respeito de [alinhamento dos dentes/ oclusão].

ano mês dia

nome do responsável _____ carimbo

Teste de distinção de cores

A dificuldade de distinção de cores congênita ocorre em cerca de 5% das crianças de sexo masculino (1 em cada 20) e em cerca de 0,2% das crianças de sexo feminino (1 em cada 500).

Difícilmente se torna um grande obstáculo nas atividades cotidianas, mas nas aulas em que se usa cores, pode-se tornar um empecilho na compreensão, sendo por isso importante a escola dar atenção a isso.

Frequentemente, o próprio aluno não sabe que tem a dificuldade, assim como são raros os casos em que os pais percebem. O teste é importante para que o próprio aluno saiba a respeito de seu tipo de visão, tanto por ocasião das aulas, como na escolha profissional a ser seguida.

Assim, tendo compreendido o objetivo do teste de distinção de cores, pedimos que assinale com uma das seguintes opções.

	Teste de distinção de cores	Assinale com <input type="radio"/>
12	Solicito que se faça o teste	<input type="checkbox"/>
	Solicito que não se faça o teste	<input type="checkbox"/>

Assinatura do responsável _____ carimbo

data: / /

Aos Srs. Pais ou responsáveis

Nome da escola

Diretor da escola

Resultado do exame oftalmológico

série turma nome _____

Comunicamos que conforme o exame oftalmológico, o aluno tem a suspeita de estar com a seguinte enfermidade assinalada abaixo com . Quando o tratamento estiver encerrado, pedimos que comunique ao professor.

	nome da doença		nome da doença
	conjuntivite crônica		terçol
	conjuntivite alérgica		calázio
	conjuntivite folicular		conjuntivite sazonal
	blefarite		catarata
	triquiase		

- 1 Faça uma consulta médica o mais rápido possível.
- 2 Faça uma consulta médica quando reaparecerem os sintomas.

Diagnóstico e orientação médica

diagnóstico (nome da doença)		
orientação médica		
natação/ piscina (assinale com <input type="radio"/>)	permitido	proibido

data / /

instituição médica

nome do médico _____

Data / /

Aos Srs. Pais ou responsáveis

Diretor da escola

Resultado do teste de visão

série _____ turma _____ nome _____

Os resultados do teste de visão estão abaixo descritos. Caso seja de B a D, consulte um oftalmologista e siga as orientações ou tratamento indicado.

Faixa de resultado A,B, C, D

A	acima de 1.0	B	de 0.9 ~ 0.7	C	de 0.6 ~ 0.3	D	abaixo de 0.3
---	--------------	---	--------------	---	--------------	---	---------------

visão a olho nu	dir ()	esq ()	visão com óculos	dir ()	esq ()
-----------------	---------	---------	------------------	---------	---------

☆ Comunique o resultado do exame médico ao professor.

Resultado do diagnóstico médico

	lado direito	lado esquerdo
visão a olho nu	()	()
visão corrigida	()	()
diagnóstico	normal hipermetropia astigmatismo ambliopia miopia espasmos outros ()	normal hipermetropia astigmatismo ambliopia miopia espasmos outros ()
tratamento/ período de observação	(necessário não) [meses]	
indicações médicas	uso de colírio (necessário/ não) uso de óculos (necessário/ não/ renovar/ observação) óculos (uso permanente/ durante as aulas) outros ()	

Certifico que fiz o diagnóstico acima.

ano mês dia

instituição médica

nome do médico _____ carimbo _____

Questionário de saúde (otorrinolaringologia – para Escola primária)

série turma nº nome

Este questionário será utilizado para decidir a necessidade de consulta ao médico otorrinolaringologista da escola. Por favor, assinale com o observado no ambiente doméstico ou pelo próprio aluno.

1. Há consulta marcada no médico otorrinolaringologista no período referente aos próximos 3 meses? (nome da doença _____)
2. Parece não ouvir bem
3. Durante o ano inteiro, sofre com espirros, nariz escorrendo, nariz congestionado
4. Está sempre com a boca aberta
5. Ronca alto, praticamente todos os dias
6. Há rouquidão na voz
7. A emissão de som é anormal
8. Nenhuma das opções acima (de 1 a 7)

O espaço abaixo não deve ser assinalado pelos pais

escola (deve ser assinalado pelo professor)	resultado do exame
1. Parece não ouvir bem	A1 suspeita de problemas de audição
2. Toca o nariz frequentemente	A2 acúmulo de cera
3. Frequentemente faz barulhos no nariz	A3 otite com secreção
4. Frequentemente aparenta estar sonolento durante a aula (especialmente pela manhã)	A4 otite crônica
5. Frequentemente está com a boca aberta	B1 rinite crônica
6. Há rouquidão na voz	B2 rinite alérgica
7. A emissão de som é anormal	B3 sinusite
8. Resultado irregular no teste de audição (direito.esquerdo.ambos.1000Hz.4000Hz)	B4 desvio do septo nasal
9. Ano passado, faltou por mais de 1 semana (devido a febre ou dor de garganta)	D outros (_____)
10. Ano passado, não trouxe o resultado do exame médico detalhado requisitado	E não apresenta anormalidade

Questionário de saúde (otorrinolaringologia – para Escola ginásial)

série turma nº nome

Este questionário será utilizado para decidir a necessidade de consulta ao médico otorrinolaringologista da escola. Por favor, assinale com o observado no ambiente doméstico ou pelo próprio aluno.

1. Há consulta marcada no médico otorrinolaringologista no período referente aos próximos 3 meses? (nome da doença _____)
2. Sente tontura, às vezes (atenção: não é o mesmo de quando se levanta bruscamente)
3. Durante o ano inteiro, sofre com espirros, nariz escorrendo
4. Frequentemente, há líquido espesso formando-se no nariz, que escorre para garganta
5. Sofre com nariz entupido
6. Sente dificuldade para sentir cheiro
7. Há rouquidão na voz
8. Nenhuma das opções acima (de 1 a 7)

O espaço abaixo não deve ser assinalado pelos pais

escola (deve ser assinalado pelo professor)	resultado do exame	
1. Resultado irregular no teste de audição (direito.esquerdo.ambos.1000Hz.4000Hz)	A1 suspeita de problemas de audição	C1suspeita de adenóide
2. Ano passado, não trouxe o resultado do exame médico detalhado requisitado	A2 acúmulo de cera	C2 aumento das amídalas
3. Creio ser necessário que seja examinado.	A3 otite com secreção	C3 amidalite
Motivo:	A4 otite crônica	C4 anormalidade na emissão da voz
<input type="radio"/> não ouve bem	B1 rinite crônica	C5 anormalidade na linguagem
<input type="radio"/> frequentemente está com a boca aberta	B2 rinite alérgica	
<input type="radio"/> a emissão de som é anormal	B3 sinusite	
<input type="radio"/> outros	B4 desvio do septo nasal	
	D outros (_____)	
	E não apresenta anormalidade	

Resultado do exame de otorrinolaringologia

série turma

Há suspeita da seguinte enfermidade assinalada com O, conforme exame feito pelo médico otorrinolaringologista. Por favor, consulte um médico especialista em otorrinolaringologia o mais rapidamente possível. Após o diagnóstico, faça com que o recorte abaixo seja entregue à escola.

- acúmulo de cera: há acúmulo de cera em grande quantidade, de modo que não se pode enxergar a membrana do tímpano. Nessa situação, há o risco de se contrair infecção nas aulas de natação. Antes do início das aulas de natação, solicite a limpeza pelo médico especialista em otorrinolaringologia.
- otite crônica: há perfuração na membrana do tímpano, e pode ocorrer aumento de secreção ou problemas de audição. Faça uma consulta ao médico antes do início das aulas de natação.
- otite com secreção: não se observa secreção em excesso ou dor, mas pode ocorrer problemas de audição.
- suspeita de dificuldade de audição: peça para verificar o nível e as causas da dificuldade de audição.
- rinite alérgica: os principais sintomas são espirro, secreção nasal, nariz congestionado, que podem interferir na perda de concentração, problemas de sono, atraso no crescimento. Uma das causas pode ser a alergia ao pólen.
- sinusite: causa nariz congestionado, secreção nasal espessa, dor de cabeça.
- desvio do septo nasal: é caracterizado pelo congestionamento alternado das vias nasais, e pode causar hemorragia nasal e dor de cabeça.
- rinite crônica: pode provocar congestionamento e secreção nasal. Pode ser causada também por resfriado ou leve sinusite.
- amigdalite: há uma inflamação crônica, e pode ocorrer febre e dor de cabeça repetidamente
- aumento de tamanho das amígdalas: pode provocar leve alteração na respiração e tornar difícil engolir alimentos de tamanho relativamente grande. Pode ser a causa de ronco ou apnéia no sono.
- adenóide: os tecidos linfóides atrás do nariz são grandes em relação a idade, e podem ser a causa de congestionamento nasal, ronco, apnéia, otite.
- irregularidade na emissão de voz e linguagem: há irregularidade na voz (rouquidão) e nas palavras utilizadas na conversação.

Resultado do diagnóstico médico

série turma nome

Diagnóstico médico

Tratamento: (1)em observação (2) sob tratamento (3) tratamento encerrado (4) outros

Natação: (1) autorizada (2) autorizada com protetor de ouvido (3) outros

Outras indicações:

ano mês dia

nome do médico

data / /

Aos Srs. Pais ou responsáveis

Diretor da escola

Aviso de realização de exame de urina

Comunicamos que será realizado o seguinte exame, com o objetivo de descobrir doenças ainda em estado inicial (os itens assinalados com ✓ referem-se a presente ocasião).

 exame de urina

- 1 Objetivo: descoberta em estágio inicial de doenças renais, diabete e outros.
- 2 Data em que a amostra deve ser trazida: ()mês ()dia
Caso esqueça, traga em: () mês () dia
- 3 Local em que deve ser entregue: sala de aula enfermaria
- 4 Quem: todos os alunos
- 5 Modo de se coletar a amostra:
 - (1) Na manhã do dia indicado, faça a coleta assim que acordar. Faça a coleta da urina no recipiente próprio, descartando a saída inicial.
 - (2) Encha o recipiente até o volume indicado.
 - (3) Feche a tampa firmemente e coloque no envelope (o envelope e o recipiente são distribuídos pela escola)
- 6 Informaremos caso seja necessário exame adicional.

Comunicado de suspensão de comparecimento escolar

_____ série turma nome

1. Razão da suspensão

- gripe influenza caxumba catapora rubéola
 outros (infecção por estreptococo)

2. Período de suspensão

A partir do ano _____ mês _____ dia _____, até a autorização médica por escrito.

3. Outras indicações:

_____ ano mês dia
 Aos Srs. Pais e responsáveis _____
 _____ Diretor da escola carimbo

Autorização para comparecimento escolar

Ao Sr. diretor da escola

Nome da doença gripe influenza caxumba catapora rubéola
 outros (infecção por estreptococo)
 _____ série turma nome

A doença contagiosa acima citada pode ser considerada curada. Autorizo a ida à escola a partir do mês _____ dia _____.

_____ ano mês dia
 _____ instituição médica
 _____ nome do médico _____ carimbo

※traga esta autorização quando vier a escola.

Questionário para exame de tuberculose

Data / /

Escola	série	turma	nº	nome	
--------	-------	-------	----	------	--

Assinale com ○ na resposta adequada.

pergunta		Assinale uma das opções	
1	nos últimos 2 anos, a criança contraiu doenças relativas a tuberculose (por exemplo, infiltração dos pulmões, pleurisia, nódulo linfático cervical)?	sim ano___/ mês___	não
2	Nos últimos 2 anos, a criança tomou remédios preventivos contra tuberculose, por possível exposição?	sim ano___/ mês___	não
3	nos últimos 2 anos, membros da família ou pessoas que morem junto, contraíram tuberculose?	sim ano___/ mês___	não
4	Nos últimos 3 anos, a criança morou no exterior por período superior a 6 meses?	sim ano___/ mês___	não
	adicional	* caso tenha respondido [sim] na pergunta 4:	
	4 – 1	Qual país?	

5	Nas últimas 2 semanas, a criança teve continuamente [tosse] ou [catarro]?	sim	não
	adicional	* caso tenha respondido [sim] na pergunta 5	
	5 – 1	foi feita consulta ou exame em instituição médica, a respeito da [tosse] , [catarro]	sim / não
	5 – 2	a criança já foi diagnosticada com asma ou bronquite asmática?	sim / não

*a pergunta 6 deve ser respondida somente para alunos da 1ª série

6	A criança recebeu vacina BCG (vacina preventiva tipo carimbo)? Responda após verificar a caderneta de maternidade.	sim	não
	adicional	* caso tenha respondido [não] na pergunta 6	
	6 – 1	Qual foi o motivo?	O resultado do teste de reação de tuberculina foi positivo. / Outro motivo

Por favor, os pais não devem escrever nesta parte.

Teste específico de tuberculose (indicado pelo médico da escola)		
necessário	desnecessário	motivo
	[]

(Aos senhores pais) O conteúdo deste questionário será levado ao Centro de Saúde Pública para verificação dos dados, caso a resposta tenha sido [sim] em uma das perguntas de 1 a 3, Pedimos sua compreensão.

Cartão de consulta médica – exame detalhado para tuberculose

data / /

nome		nome do responsável	
data de nascimento	ano/ mês/ dia	série	idade
endereço		telefone	
estado de saúde atual			
histórico de casos de tuberculose, da criança e familiares			
histórico de doença respiratória da criança			
Resultados dos testes de tuberculina	data: / /	resultado	+ - (× mm)
	data: / /	resultado	+ - (× mm)
	data: / /	resultado	+ - (× mm)
	data: / /	resultado	+ - (× mm)
Recebeu vacina BCG:	sim		não
	Data da última dose recebida: / /		

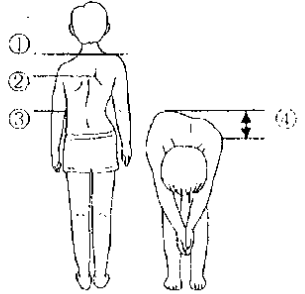
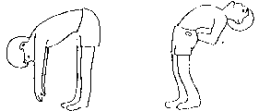
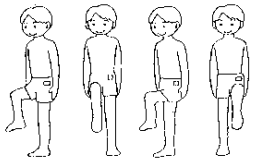

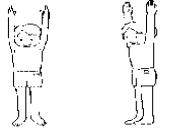
Atenção:

- No dia do exame, informe claramente o estado de saúde atual da criança, se há ou não febre, tosse, catarro, cansaço, dor de cabeça ou outros.
- Quanto ao resultado do teste de tuberculina, escreva a data em que recebeu a injeção de tuberculina. No resultado, caso tenha saído círculo vermelho duplo, escreva o diâmetro e também a presença de bolhas, caso tenha havido.
- Quanto ao recebimento da vacina BCG e data, verifique os registros da caderneta de maternidade.
- Traga este cartão e a caderneta de maternidade no dia do exame.


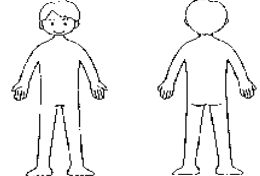
Questionário de saúde do sistema locomotor

série turma nº nome sexo masc/ sexo fem

✱Aos senhores pais ... Responda somente as questões dentro da linha grossa. Assinale a condição circulando ao redor do número.

Atualmente pratica algum esporte (inclui balé, dança): não sim (nome do esporte) há quantos anos:		
1) escoliose	assinalada pelos pais	no exame
	Verifique os 4 pontos: ① há diferença na altura dos ombros ② há diferença na altura ou posição da altura das omoplatas ③ há diferença de curvatura na linha da cintura ④ ao curvar-se para a frente há diferença na altura das costas	[presença de anomalia] sim
2) assinale os seguintes pontos		
Ao curvar-se para frente ou para trás, sente dor? 	[curvando-se para frente] ① não dói ② dói [curvando-se para trás] ① não dói ② dói	[presença de anomalia] sim
Ao ficar em pé com uma perna só por mais de 5 segundos (alterne os lados direito e esquerdo), acaba inclinando-se ou perdendo o equilíbrio? 	[apoio na perna esquerda] ① sem anormalidade ② perde o equilíbrio ③ não consegue se manter em pé [apoio na perna direita] ① sem anormalidade ② perde o equilíbrio ③ não consegue se manter em pé	[presença de anomalia] sim
Consegue por toda a planta do pé no chão ao agachar-se? 	① consegue agachar-se ② não consegue agachar-se	[presença de anomalia] sim
Ao levantar ambos os braços eles tocam nas orelhas? 	braço esquerdo ① toca ② não toca braço direito ① toca ② não toca	[presença de anomalia] sim

156

Ao colocar a palma da mão para cima, consegue estender o braço completamente, ou dobrar o braço completamente (os dedos não tocam o ombro) 	[cotovelo esquerdo] ① sem anormalidade ② não dobra completamente ③ não estende completamente [cotovelo direito] ① sem anormalidade ② não dobra completamente ③ não estende completamente	[presença de anomalia] sim
3) há alguma parte do corpo que o/ a incomode ou seja motivo de preocupação? Circule ao redor do osso, junta ou músculo, e escreva os sintomas claramente 		
4) Se houver algo mais que o incomode em alguma parte do corpo, mão ou braço, escreva livremente.		
5) Atualmente, estou em tratamento médico relativo a questão acima. não sim (nome da doença:)		

✱Não preencha nos espaços abaixo
[Indicado a fazer exames detalhados sim não]

Resultado do exame

Data / /

Aos Srs. Pais ou responsáveis

Diretor da escola

Conforme o resultado do exame de saúde do sistema locomotor, recomendamos que se faça consulta para um exame detalhado em médico ortopedista. O resultado preenchido abaixo deve ser entregue a escola.

* Leve este questionário e o cartão de seguro de saúde (caso possua) na consulta.

Resultado do exame médico

nome da doença ()
orientações ()
data: ano mês dia
nome do médico

Guía de Orientación Escolar

—Primaria · Secundaria Básica—

Última Revisión Marzo de 2018 (Heisei 30)

Editada y publicada por el Comité de Educación
Departamento de Educación de Derechos Humanos
de la Provincia de Tottori

Dirección: Cód.Postal 680-8570 Higashimachi 1-271 Ciudad de Tottori

Teléfono: 0857-26-7534 (directo)

Página Web: <http://www.pref.tottori.jp/kyouiku/jinkenkyouiku/index.htm>