

ようこそワージントンスクールへ

!Japanese

これは、ワージントンスクールについての基本的な情報をよりよくご家族にお伝えするためのものです。以下に書いてあるのは、アメリカに来られて間がない方々の学校のことについて、よくある質問です。

質問: 休校はありますか?

答: ウェブサイトに学校カレンダーがあります。国の祝日は学校はお休みです。悪天候により、授業開始時刻の延期、休校もあります。

質問: 悪天候のため、授業開始時間が延期されたり、休校になった場合はどうやって知ることができますか。

答: ほとんどのローカルテレビやラジオで報道します。また、ワージントン学区のウェブサイトでもチェックできます。ワージントンスクールから電話もあります。

質問: 学校の日本語が話せる人と、どうやってコンタクトをとれますか。

答: お子様の通っておられる学校によって異なります。ワージントン学区には4人のスペイン語のアシスタント、1人の日本語のアシスタントがいます。学校に電話をされ、あなたのお名前、電話番号と日本語が必要なことを告げると、折り返しこちらからお電話をいたします。日本語アシスタントとコンタクトできる留守電も設置しています。

質問: 子供が病気の場合どうしたらいいですか。

答: 朝学校に電話をかけ、オフィスに、欠席することを知らせてください。

質問: どんなとき欠席しますか

答: 高熱、吐き気、原因のわからない発疹の時は欠席してください。詳細はスクールナースが知っています。また、ワージントンスクールウェブサイトにも詳しい情報があります。

質問: 担任とのカンファレンス、ミーティングはできますか。どうやってスケジュールをすればいいのですか。

答: 殆どの学校でカンファレンス ウィークがあって、カンファレンスをします。秋と冬に1回づつあります。しかし、もっと早くカンファレンスをしてほしい場合は、先生に話すか、子供さんにメモを持たせるか、メールなどで、リクエストしてください。

質問: 新しい場所に引っ越す場合は、どうしたらいいでしょうか。

答: 引っ越される場合は、なるべく早くオフィスに連絡される必要があります。現在の住所が必要なので、学区と学校はお家にメールをします。



ワージントンスクール

児童病歴用紙

人数統計データ

児童氏名 _____ 入学年月日: _____
 学年: _____ 生年月日: _____ 男 女

児童住所: _____
 city _____ street _____ state _____ 郵便番号 _____

保護者氏名 母: _____ 父: _____

電話番号: _____ 兄弟姉妹: _____

治療、医薬

規則的に使用している医薬品、理由:

1. _____ / _____
 2. _____ / _____
 3. _____ / _____
 4. _____ / _____

アレルギー はい、(アレルギーのタイプを以下に書いてください。) いいえ。

名前/タイプ

反応

治療法

食物 _____

ミツバチ/スズメバチ

薬物

環境

動物

上記のアレルギーについての処方箋をもらっていますか。

はい いいえ

病歴

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> 囊胞性纖維症 | <input type="checkbox"/> 月経障害 | <input type="checkbox"/> 皮膚病 |
| <input type="checkbox"/> 関節炎 | <input type="checkbox"/> 発達遅延 | <input type="checkbox"/> 精神衛生問題 | <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 |
| <input type="checkbox"/> ぜんそく | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 偏頭痛 | <input type="checkbox"/> 手術 |
| <input type="checkbox"/> 先天性欠損症 | <input type="checkbox"/> 難聴 | <input type="checkbox"/> 身体的障害 | <input type="checkbox"/> 泌尿器疾患 |
| <input type="checkbox"/> 血液障害 | <input type="checkbox"/> 心臓疾患 | <input type="checkbox"/> 発作, チックまたはふるえ | <input type="checkbox"/> 視覚障害 |
| <input type="checkbox"/> 慢性的通便障害 | <input type="checkbox"/> 入院 | <input type="checkbox"/> 重病 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 癌 | <input type="checkbox"/> 学習障害 | <input type="checkbox"/> 鎌型赤血球 | (以下に記入してください。) |

上にチェックした健康面に関すること
長期に渡る問題点

児童の 診断された年齢

入院日



裏面も記入してください。
児童病歴用紙（続き）

妊娠期間及び出産歴

妊娠期間中の母親の年齢: _____

妊娠期間中の母親及び赤ちゃんの問題はありましたか。

妊娠期間の長さ: _____週 出産所要時間: _____時間 出生時の体重t: _____ポンド. _____オンス.

出産時の問題、生後の赤ちゃんの問題はありましたか。

その他

そのほか、お子様の情緒、身体、発達状況について、お書きください。

保護者

名前（楷書、活字体）： _____ 児童との関係： _____

保護者

サイン: _____ 日付: _____

WORTHINGTON SCHOOLS
WORTHINGTON, OHIO
予防接種記録

生徒の氏名 _____ 生年月日 _____ 月 日 年 学年
 (名) (姓)

オハイオ州学校予防接種法のセクション 370.13 及び 3313.671、ならびにオハイオ州修正条例の 5104.011(A)(5)により、すべての生徒は入学後 14 日以内に予防接種記録を提出しなければなりません。もし生徒がこれに従わない場合、規約を遵守するまで、生徒は除名処分となります。あなたの息子／娘さんの記録は校長のオフィスに _____ 必着です。

以下に示す予防接種が義務づけられています。

ジフテリア、百日咳、破傷風 (DPT)

- DPT、DT、DTaP または Td (成人型) ワクチン、あるいはその混合ワクチンを最低 4 回接種。
- 7 歳の誕生日またはそれ以降に 3 回目の Td を接種した場合は、3 回の投与を認めるものとします。
- 2000 年度秋の幼稚園のクラスより、4 歳の誕生日以前に 4 度目の接種を受けた場合は、5 度目の接種が義務づけられています。

月	日	年
1		
2		
3		
4		
5		

ポリオ・経口三価ワクチン (TOPV)

- TOPV または IPV のいずれかを最低 3 回接種。
- 2000 年度秋の幼稚園のクラス以降は、4 歳の誕生日以前に 3 度目の接種を受けた場合は、4 度目の接種が義務づけられています。
- TOPV 及び IPV の混合ワクチンを接種した場合には、4 度目の投与が義務づけられています。

月	日	年
1		
2		
3		
4		

B 型肝炎ワクチン (2000 ~ 2001 年度のクラスより、すべての幼稚園児に適用)

- 3 度の接種が義務づけられています。
- 最初の接種から少なくとも 28 日以降に 2 度目の接種を受ければなりません。
- 2 度目の接種から少なくとも 2 カ月、そして最初の接種から少なくとも 4 カ月経過した時点で、3 度目の接種を受けなければなりません。

月	日	年
1		
2		
3		

MMR (麻疹(はしか)、おたふくかぜ、風疹)

MMR ワクチンを 2 度接種

- 1) 最初の接種は 1 歳の誕生日またはそれ以降に投与しなければなりません。
- 2) 2 度目の接種は 2000 ~ 2001 年度の幼稚園入園以前に受けることが義務づけられており、1 回目の接種から少なくとも 28 日が経過していなければなりません。
- 3) 他のすべての生徒に関しては、7 学年に進級する前に 2 度目の接種が義務づけられています。

月	日	年
1		
2		

個別に接種した場合は、日付を記入してください。
 はしか _____ おたふくかぜ _____ 風疹 _____

- 米国以外の国から入国てくる生徒については、ツベルクリン試験を受けることを強く勧めます。コロンバス衛生局はマントー試験を勧めており、同局でサービスが受けられます。

上記の予防接種記録を指定の期日までに提出しない場合は、要求事項が満たされるまで、私の子供が期限当日に除名処分を受けることを私は理解しています。

保護者 / 後見人の署名 _____

医師の署名 / 印 _____

オハイオ州法によってまだ義務づけられていない以下の予防接種を受けました。

HIB 月 / 日 / 年	HIB 月 / 日 / 年	水痘 (水疱瘡) 月 / 日 / 年
1.	3.	1.
2.	4.	