

Система взаимного страхования несчастных случаев независимой административной организации -  
 Центр развития спорта Японии

〇〇〇 Комитет образования

Поздравляем Вас с поступлением.

〇〇〇 Комитет образования и независимая административная организация Центр развития спорта Японии (далее "Центр") заключили Договор о взаимном страховании несчастных случаев в отношении детей (учеников) .....школы.

Взаимное страхование несчастных случаев Центра - это система страховых выплат для покрытия расходов на лечение, морального ущерба в отношении родителей/опекунов при несчастных случаях с ребёнком-учеником, во время его нахождения под контролем школы. В случае вступления в данную систему требуется предварительное согласие родителей/опекунов, после чего подаётся список детей-учеников. Вступление проводится на добровольной основе. Согласные с вступлением должны заполнить нижеследующую форму и подать директору школы.

Кроме того, в случае процедуры оформления заявки взаимного страхования несчастных случаев осуществляется ввод необходимых пунктов в системе подачи заявлений с помощью интернета, но при этом предпринимаются все меры предосторожности в работе с личной информацией.

Содержание страховых выплат регулируется положениями Центра развития спорта Японии (далее "положения Центра") и указами правительства и Министерств, циркулярами и пр. Поправки закрепляются уставом. На данный момент, а именно 1.01.2012г. основное содержание соответствует тому, что указано ниже.

### Основная информация

#### 1. Содержание и виды страховых выплат (Критерии страховых выплат взаимного страхования несчастных случаев - согласно 3 статье исполнения положений Центра)

Классификация несчастных случаев

	Сфера действия	Сумма возмещения
Ранение	Страховой случай, который наступил во время нахождения под контролем школы, сумма расходов на лечение составляет более 5 000 иен.	Расходы на лечение Четыре десятых медицинской страховки, расходов необходимых для выздоровления (из них одна десятая - добавляемая часть необходимых расходов по обеспечению выздоровления)
Болезнь	Страховой случай, который наступил во время нахождения под контролем школы, сумма расходов на лечение составляет более 5 000 иен. Из них регламентируемые уставом Министерства образования и науки: Отравления вследствие школьного питания и пр, отравления газом и пр. тепловой удар, утопление, расстройства вследствие проглатывания посторонних предметов, воспаления кожи вследствие воздействия лака и т.п., расстройства вследствие внешних воздействий, расстройства вследствие ушибов, ранений	Однако, в случае необходимых на излечение крупных сумм, получается сумма личных расходов (отличается в зависимости от лимитов по классификации доходов), к которой прибавляется одна десятая часть суммы расходов, необходимых для обеспечения выздоровления В случае с стандартными суммами на излечение и питание во время госпитализации получается сумма, включающая данные расходы
Инвалидность	Инвалидность, наступившая после ранений, перенёсшей болезни, полученных во время нахождения под контролем школы.	Пособие в случае инвалидности 37 млн. 700 тыс. иен - 820 тыс. иен (в случае происшествия по пути в, из школы - половина суммы)
Смерть	Смерть в результате происшествия, непосредственно от болезни, происшедших во время нахождения под контролем школы	Пособие по случаю смерти 28 млн. иен (в случае происшествия по пути в, из школы 14 млн. иен)
	Внезапная смерть	Внезапная смерть в результате спортивных занятий и пр. Внезапная смерть, не имеющая отношение к спортивным занятиям и пр.

Так называемые случаи во время нахождения под контролем школы:

- ① во время уроков (включая время нахождения в садике полного рабочего дня и пр.)
- ② во время руководства вне школы согласно учебным школьным планам
- ③ во время школьных перемен, в установленное школой время
- ④ во время прохождения обычного маршрута до, из школы (садика)
- ⑤ во время школьных выездов, ночёвок и пр.

## 2. Стандарты возмещения убытков

- ① Покрытие расходов на лечение болезни, либо ранений в одноимённых несчастных случаях проводится максимально в течении 10 лет, начиная с первого обращения в больницу.
- ② Право на получение страховых выплат теряет силу вследствие истечения сроков в случае, если данным правом не воспользовались в течении 2 лет с дня страхового случая.
- ③ В случае возмещения убытков, получения компенсаций, выплат, регламентируемых прочими постановлениями (например: система субсидирования лечения грудных детей, система субсидирования лечения членов неполных семей, регламентируемые положениями и пр. общественных, местных организаций) страховые выплаты не осуществляются вследствие лимитирования данных сумм.
- ④ Страховые выплаты на покрытие расходов на лечение не осуществляются в отношении детей из детских Садов и пр. полного рабочего дня, получающих обязательное образование школьников из семей, находящихся под патронажем закона о защите средств к существованию.
- ⑤ Не осуществляются страховые выплаты на покрытие расходов на лечение болезней, ранений, выплата пособий по инвалидности, пособий на случай смерти от несчастного случая, либо по болезни вследствие противоправных действий со стороны учащихся старших школ и старших профтехучилищ.
- ⑥ Не осуществляются страховые выплаты на покрытие расходов на лечение болезней, ранений, выплата пособий по инвалидности, пособий на случай смерти от несчастного случая, либо по болезни вследствие халатных действий со стороны учащихся старших школ и старших профтехучилищ.

\* Краткое содержание системы взаимного страхования несчастных случаев Центра

## 3. Сумма взносов (в год)

Сумма взносов со стороны родителей/опекунов: \_\_\_\_\_ иен (Сумма взносов со стороны .....Комитета образования \_\_\_\_\_ иен)  
 ※ Указывается сумма взносов за год.

----- (Линия отрыва) -----

Соглашение

.....Комитет образования

Город \_\_\_\_\_ школа \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_ группа, Ф.И. ученика \_\_\_\_\_

жду указанным Комитетом образования и Центром развития спорта Японии.

Согласен с вступлением в страховые правоотношения вышеуказанного ученика на время его обучения.

Дата: \_\_\_\_\_ год, \_\_\_\_\_ месяц, \_\_\_\_\_ число

Ф.И. родителя / опекуна \_\_\_\_\_

личная печать \_\_\_\_\_

Анкета о состоянии здоровья (для внутреннего пользования) Комитет образования

Название начальной школы			1 кл. нач. шк. группа номер	4 кл. нач.шк. группа номер	1 кл. ср. шк. группа номер
Название средней школы			2 кл. нач. шк. группа номер	5 кл. нач. шк. группа номер	2 кл. ср. шк. группа номер
<b>Ф. И.</b> (ромадзи) Дата рождения      год    месяц    день			3 кл. нач. шк. группа номер	6 кл. нач. шк. группа номер	3 кл. ср. шк. группа номер
			Ф . И. родителя/опекуна (ромадзи)		
Адрес проживания			Тел.		

**○ Контактная информация на случай экстренной связи (укажите степень родства, место работы, номер домашнего и сотового телефона). Просьба уведомить в случае изменения контактных данных.**

① Имя	Тел.
	Сотовый
② Имя	Тел.
	Сотовый
Изменилось на : Имя	Тел.
	Сотовый

**○ Домашний врач**

Терапевт · Педиатр Тел.	Хирург · Ортопед Тел.	Стоматолог Тел.
----------------------------	--------------------------	--------------------

**○ Состояние здоровья на данный момент и история болезни. (отметьте подходящие пункты ○, а не подходящие ✓)**

	Пункты	1 кл. нач. шк.	2 кл. нач. шк.	3 кл. нач. шк.	4 кл. нач. шк.	5 кл. нач. шк.	6 кл. нач. шк.	1 кл. ср. шк.	2 кл. ср. шк.	3 кл. ср. шк.
1	Самочувствие ухудшилось недавно									
2	Частые случаи диареи									
3	Частые запоры									
4	Частые боли в животе и желудке									
5	Боли в суставах									
6	Частые жалобы на головную боль									
7	Принимаю лекарство от судорог(спазмов)									
8	Атопический дерматит									
9	Аллергический ринит									
10	Аллергический конъюнктивит									
11	Не могу проснуться самостоятельно									
12	Вялость с утра, просыпаюсь с трудом									
13	Разборчив в еде									
14	Часто не завтракаю									
15	Укачивает в транспорте									
Ж.	Есть ли менструальная боль? Первая менструация (нач./ср. школа      год    месяц)									

**○ В случае, если были аллергические реакции на лекарства или пищу и пр. укажите, пожалуйста.**

Название пищи	Возраст	Симптомы	Название лекарства	Возраст	Симптомы

Ф. И.

○Укажите заболевания в прошлом и настоящем.

Название болезни	Возраст	Название болезни	Возраст	Название болезни	Возраст	Название болезни	Возраст
Корь	л.	Краснуха	л.	Ветряная оспа	л.	Паротит	л.
Название болезни	Возраст	Вылечили	На излечении	Делали операцию, лечились в больнице			
Болезнь почек				Название болезни ( )			
Сердечные заболевания				Срок _____ год, _____ месяц ~ _____ год, _____ месяц			
Синдром Кавасаки							
Астма				Делали операцию, лечились в больнице			
Лихорадочные спазмы				Название болезни ( )			
Воспаление среднего уха				Срок _____ год _____ месяц ~ _____ год _____ месяц			

○Предохранительные прививки (Обязательно заполните после уточнения в «книжке матери и ребёнка» и пр.)

Название прививки		Время прививки			Название прививки		Время прививки		
БЦЖ		год	месяц	день		1-ый раз	год	месяц	день
Дифтерия Коклюш Столбняк (АКДС)	1-ый этап 1-ый раз	год	месяц	день	Полиомиелит	2-ой раз	год	месяц	день
	1-ый этап 2-ой раз	год	месяц	день		3-ий раз (в случае инактивированной вакцины)	год	месяц	день
	1-ый этап 3-ий раз	год	месяц	день		Дополнительная (в случае инактивированной вакцины)	год	месяц	день
	Дополнительная 1-ый этап	год	месяц	день	Японский энцефалит	1-ый этап 1-ый раз	год	месяц	день
Корь, Краснуха (MR) 1-ый этап	год	месяц	день	1-ый этап 2-ой раз		год	месяц	день	
Корь, Краснуха (MR) 2-ой этап	год	месяц	день	1-ый этап Дополнительная		год	месяц	день	

○Семья ⇔ Школа (В случае, если вы проходите курс лечения от какого-либо заболевания/травмы в настоящий момент, то просьба подробно заполнить нижеследующую таблицу. Если лечение не проходит, то поставьте «О» в соответствующем месте таблицы.)

Учебный год	Обычная темп-ра	Нет	Подробно о болезни, лечении и т.д.
Пример	36.5°C	○	Посещает «Х» больницу 2 раза в месяц в связи с лечением астмы. Принимает лекарство каждое утро. За исключением моментов, в которые происходят припадки, двигательная активность не ограничена. Есть пищевая аллергия на ○. Есть реакция на ○ сок, поэтому его не даем. Часто нервозен и беспокоен. В связи с переломом подано «заявление о несчастном случае».
1 кл. нач. шк.			
2 кл. нач. шк.			
3 кл. нач. шк.			
4 кл. нач. шк.			
5 кл. нач. шк.			
6 кл. нач. шк.			
1 кл. ср. шк.			
2 кл. ср. шк.			
3 кл. ср. шк.			

Дата:        год,    месяц,    число

Уважаемые родители/опекуны!

Директор школы

Извещение о проведении медосмотра

С целью поддержания здоровья ребёнка, создание более благоприятных условий жизни в школе, а также раннего выявления скрытых заболеваний проводится медосмотр согласно нижеследующей информации. Просим Вас оказать содействие в проведении данного мероприятия. (отметить галочкой  необходимые пункты)

## Подробная информация

## 1. Предмет осмотра и дата

Номер	Предмет осмотра	Дата проведения				Осматри в аемый класс
		Месяц	Число	День недели	Время	
<input type="checkbox"/> 1	Осмотр терапевта					
<input type="checkbox"/> 2	Измерение роста, веса и пр.					
<input type="checkbox"/> 3	Осмотр зубного врача					
<input type="checkbox"/> 4	Осмотр глазного врача					
<input type="checkbox"/> 5	Осмотр у ЛОР врача					
<input type="checkbox"/> 6	Проверка слуха					
<input type="checkbox"/> 7	Проверка зрения					
<input type="checkbox"/> 8	Анализ мочи					
<input type="checkbox"/> 9	Электрокардиограмма					

## 2. Просьба к родителям и ученикам

- Измерение веса, роста и пр., осмотр у терапевта
  - ※ В день перед осмотром просьба помыться и подстричь ногти
  - ※ Быть в одежде, которую ребёнок сможет самостоятельно снять и одеть.
  - ※ Одежда и нижнее бельё должны быть подписаны.
- Осмотр у зубного врача
  - ※ Обязательно почистить зубы после завтрака
- Осмотр у ЛОР врача
  - ※ Почистить уши в день перед осмотром.

## 3. Прочее

Результаты медосмотра Вам сообщат позднее



## Анкета медицинского осмотра (у зубного врача)

Класс Группа Ф. И.

Проводим осмотр зубов, дёсен, зубного ряда, прикуса, височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), диагностику зубного налёта и пр.. Отметьте соответствующие пункты О. Если Вы желаете проконсультроваться со школьным зубным врачом, то заполните, пожалуйста, графу в нижней части анкеты.

### I Осмотр зубов, дёсен, ВНЧС

1. При открывании и закрывании рта слышен ли звук, издаваемый челюстями ( Да · Нет )
2. Бывают ли случаи, когда невозможно широко открыть рот или болят челюсти при открывании рта? ( Да · Нет )
3. Есть ли беспокойство по поводу зубного ряда? ( Да · Нет )
4. Есть ли кровоточивость дёсен ? ( Да · Нет )
5. Болят ли зубы /чувствительны? ( Да · Нет )
6. Бывают ли случаи, когда трудно глотать пищу ? ( Да · Нет )
7. Беспокоит ли запах изо рта ? ( Да · Нет )
8. Знаете ли о термине СО ? (комплекс мероприятий по восстановлению зубов, имеющих склонность к кариесу) ( Да · Нет )
9. Знаете ли о термине ГО ? (комплекс мероприятий по восстановлению кровоточивости дёсен) ( Да · Нет )

【По какому поводу необходима консультация у школьного зубного врача】

Дата:            год,            месяц,            число

Уважаемые родители/опекуны!

Название школы  
Ф.И. директора

Результаты осмотра состояния полости рта и зубов

Класс    группа    Ф.И. \_\_\_\_\_

Во время осмотра состояния полости рта и зубов, проведенного (    месяца    числа) получены следующие результаты, отмеченные .

Норма	Во время медицинского осмотра не выявлено никаких отклонений. Для поддержания такого состояния и в дальнейшем внимательно относитесь к вопросам достаточной чистки зубов фторсодержащей зубной пастой (используйте зубную нить) и поддерживайте здоровый образ жизни (культуру питания), заботьтесь о состоянии полости рта и зубов, периодически проходите профилактический осмотр.
-------	--

Для тех, у кого отмечены пункты «под наблюдением»  внимательно проследите за процессом чистки зубов дома (используйте зубную нить). Рекомендуем обратиться за консультацией и дальнейшим наблюдением к домашнему зубному врачу.

Под наблюдением	C    O	Есть зубы, в которых высока вероятность появления кариеса (молочные зубы - постоянные зубы)
	G    O	Наблюдается лёгкое воспаление дёсен, кровоточивость. Данная ситуация с высокой вероятностью может привести к прогрессированию воспаления дёсен (гингивиту)
	Обнаружен зубной налёт	Вследствие недостаточной чистки зубов наблюдается появление зубного налёта..
	Искривление зубов, прикус, височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС)	Возможны небольшие отклонения, просьба следить за состоянием.

Для тех, у кого отмечены нижеследующие пункты  рекомендуется оперативное лечение, осмотр и пр. После лечения, консультаций просьба предоставить заполненную домашним зубным врачом форму о результатах осмотра.

	Заболевание	Содержание	Результаты обследования
	Рекомендуем пройти обследование	CO Необходимость консультации (C O-S)	Есть зубы с высокой вероятностью наличия кариеса. (молочные зубы – постоянные зубы)
Кариес(C)		Обнаружен кариес с дуплами в зубах. (молочные зубы - постоянные зубы)	Лечение завершено Под наблюдением
Воспаление дёсен(G)		На зубах обнаружен зубной камень, наблюдается воспаление дёсен.	Лечение завершено Под наблюдением
Отложение зубного камня		Дёсны не воспалены, но наблюдается появление зубного камня.	Лечение завершено Под наблюдением
Искривление зубов, неправильный прикус		Наблюдаются сильные нарушения зубного ряда, прикуса	Лечение завершено Под наблюдением
Нарушения ВНЧС		Наблюдаются боли и пр. ВНЧС	Лечение завершено Под наблюдением
Обратить внимание на молочные зубы		До сих пор остались молочные зубы, которые должны были поменяться на постоянные	Лечение завершено Под наблюдением
Зубной налёт		На поверхности молочных зубов, прорезавшихся коренных зубах наблюдается сильный зубной налёт.	Лечение завершено Под наблюдением
Прочее			Лечение завершено Под наблюдением



К домашнему зубному врачу

Обращаемся с просьбой о проведении тщательного обследования и необходимого лечения.

Просьба указать результаты лечения, консультаций.

год                      месяц                      число

Ф.И. зубного врача: \_\_\_\_\_

Просьба к родителям/опекунам

Лечение искривления зубов и неправильного прикуса является ортодонтическим лечением и не подпадает под медицинскую страховку.

В случае же, если отметка «О» стоит рядом с пунктом «искривление зубов и неправильный прикус», а вы отказываетесь от лечения и консультации с врачом по этому поводу, то просьба поставить подпись и передать данное обращение в школу.

год    месяц    число

В этот раз прошу отложить лечение и консультирование по поводу искривления зубов и неправильного прикуса.

Ф. И. родителя/опекуна \_\_\_\_\_ (личная печать)



## О проверке цветового зрения

Врождённая аномалия цветового зрения **наблюдается у мальчиков-около 5% случаев** (один на 20 чел.) , у девочек-около **0.2% случаев** (одна на 500 чел.).

Проблемы с цветоощущением в повседневной жизни могут и не причинять неудобств, но на школьных занятиях, где используются цвета, могут возникать трудности, поэтому необходимо отнестись со вниманием к вопросу о проверке цветового зрения. Во многих случаях сам ребенок не осознает этой проблемы, к тому же часто этого не замечают и родители/опекуны.

Знание особенностей своего цветового зрения позволяет правильно сориентироваться при выборе будущей профессии , рода занятий и т.д., поэтому считаем очень важным пройти подобное обследование.

Просьба принять во внимание вышесказанное и отметить  пункты по поводу необходимости проверки цветового зрения.

Проверка цветового зрения		<input type="radio"/>
12	Согласен пройти проверку цветового зрения	
	Отказываюсь от проверки цветового зрения	

Ф. И. родителя/опекуна \_\_\_\_\_ (личная печать)

Дата:      год,      месяц,      число

Уважаемые родители/опекуны!

Название школы  
Ф.И. директора

### Результаты осмотра у врача-окулиста

Класс   группа      Ф.И. \_\_\_\_\_

Сообщаем Вам, что во время медицинского осмотра у ребенка были выявлены подозрения на следующие заболевания. (отмечены ). После завершения курса лечения, просьба сообщить об этом классному руководителю.

	Название болезни		Название болезни
	Хронический конъюнктивит		Халязион
	Аллергический конъюнктивит		Ячмень
	Фолликулярный конъюнктивит		Весенний катар
	Блефарит		Катаракта
	Заворот век (энтропион)		

- 1 Необходимо срочно обратиться к врачу.
- 2 При появлении симптомов, необходимо обратиться к врачу.

### Результаты диагностики и предписания врача

Результаты диагностики (название диагноза и пр.)		
Предписания врача		
Плавание в бассейне (отмечено <input type="radio"/> )	Разрешается	Запрещено

год      месяц      число

Название медицинского учреждения

Ф.И. врача \_\_\_\_\_



Анкета медицинского осмотра у ЛОР-врача (для начальных школ)

Класс группа номер Ф.И. \_\_\_\_\_

На основании данной анкеты будет приниматься решение о необходимости проведения обследования у ЛОР-врача в школе. Если вы или члены вашей семьи заметили какие-то из нижеследующих симптомов у ребёнка, то отметьте их .

1 Запланировано пройти лечение у ЛОР-врача в течение следующих 3 месяцев

(Название болезни \_\_\_\_\_ )

2 Подозрение на плохую слышимость

3 Частые чихания, насморк и заложенность носа беспокоят на протяжении года

4 Всегда держит рот открытым

5 Храпит почти каждый день

6 Хриплый голос

7 Расстройства речи

8 Нет подходящих пунктов из вышеуказанных 1-7

[Родителям/опекунам заполнять не нужно]

Колонка для заполнения школой (симптомы, замеченные классным руководителем и пр.)	Результаты осмотра
1. Подозрение на плохую слышимость 2. Часто ковыряет в носу 3. Часто шмыгает носом 4. На уроках (особенно по утрам) часто хочет спать 5. Часто держит рот открытым 6. Хриплый голос 7. Расстройства речи 8. Выявлены нарушения слуха при проведении аудиометрии ( • правое • левое • оба • 1000 • 4000 Н z ) 9. В прошлом учебном году общее число пропущенных занятий составило более 1 недели (Температура, боли в горле и пр.) 10. Не предоставлен отчет за прошлый год о необходимости обследования у ЛОР-врача	А1 Подозрение на тугоухость А2 Серные пробки А3 Экссудативный средний отит А4 Хроническое воспаление среднего уха В1 Хронический ринит В2 Аллергический ринит В3 Воспаление носовых пазух В4 Искривление носовой перегородки С1 Подозрение на аденоиды С2 Гипертрофия миндалин С3 Воспаление миндалин С4 Расстройства голоса С5 Расстройства речи D Прочее ( _____ ) E Норма

Анкета медицинского осмотра у ЛОР- врача (для средних школ)

Класс \_\_\_\_\_ группа \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ ФИ. \_\_\_\_\_

На основании данной анкеты будет приниматься решение о необходимости проведения обследования у ЛОР- врача в школе. Если вы или члены вашей семьи заметили какие-то из нижеследующих симптомов у ребёнка, то отметьте их .

1. Запланировано пройти лечение у ЛОР- врача в течение следующих 3 месяцев

(Название болезни \_\_\_\_\_ )

2. Случаются головокружения (прим. не при вставании)

3. Частые чихания и насморк беспокоят на протяжении года

4. Часто бывают густые и клейкие выделения из носа, которые стекают по задней стенке горла

5. Беспокоит частая заложенность носа

6. Нарушение обоняния

7. Охриплость голоса

8. Нет подходящих пунктов из вышеуказанных 1-7

[Родителям/опекунам заполнять не нужно]

Колонка для заполнения школой (симптомы, замеченные классным руководителем и пр.)	Результаты осмотра
<p>1. Выявлены нарушения слуха при проведении аудиометрии ( • правое • левое • оба • 1000 • 4000 Н z )</p> <p>2. В прошлом учебном году не был предоставлен отчёт о необходимости проведения обследования у ЛОР-врача</p> <p>3. Необходимо проведение обследования (Причина : <input type="checkbox"/> Плохо слышит _____ )  <input type="checkbox"/> Часто держит рот открытым  <input type="checkbox"/> Расстройства речи  <input type="checkbox"/> Прочее</p>	<p>A 1 Подозрение на тугоухость  A 2 Серные пробки  A 3 Экссудативный средний отит  A 4 Хроническое воспаление среднего уха  B 1 Хронический ринит  B 2 Аллергический ринит  B 3 Воспаление носовых пазух  B 4 Искривление носовой перегородки  C 1 Подозрение на аденоиды  C 2 Гипертрофия миндалин  C 3 Воспаление миндалин  C 4 Расстройства голоса  C 5 Расстройства речи  D Прочее ( _____ )  E Норма</p>





Дата:            год    месяц    число

Уважаемые родители/опекуны!

Директор школы

Извещение о проведении анализов мочи

В целях профилактики заболеваний у детей проводятся следующие анализы.

(Необходимые пункты  отмечены галочкой) Анализ мочи

1 Цель: профилактика заболеваний почек и диабета.

2 Дата, когда необходимо принести мочу на анализ (            ) месяц (            ) число

Если забыли принести (            ) месяц (            ) число - следующий день  
сдачи анализов3 Место сдачи анализов    Аудитория    Медкабинет

4 Кто должен сдать анализы:            все ученики

5 Метод сбора анализов

(1) Для анализа собирается моча утром в день сдачи анализов. Необходима моча  
средней порции.

(2) Наполните мочой выданную ёмкость до указанного уровня.

(3) После плотно закройте крышку и положите ёмкость в пакет.

(в школах выдаются специальные ёмкости и пакеты)

6 В случае необходимости повторного анализа Вас поставят в известность.









## Форма для подробного обследования на туберкулёз

Дата заполнения:      год      месяц      число

Ф.И. ребёнка		Ф.И. родителя/опекуна	
Дата рождения	Год    месяц    день	Класс	Возраст
Адрес проживания			Тел.
Состояние здоровья на данный момент.:			
Были ли случаи заболевания туберкулезом у ребёнка или у кого-то из членов вашей семьи в прошлом (в анамнезе)?			
Повторяющиеся респираторные заболевания у ребёнка (в анамнезе)			
Предшествующие туберкулиновые пробы	год    месяц    день	Результат	+    —    (    ×    мм)
	год    месяц    день	Результат	+    —    (    ×    мм)
	год    месяц    день	Результат	+    —    (    ×    мм)
	год    месяц    день	Результат	+    —    (    ×    мм)
Предшествующие прививки	Есть                      Нет		
БЦЖ	Дата последней прививки		
	год	месяц	день

## Примечание:

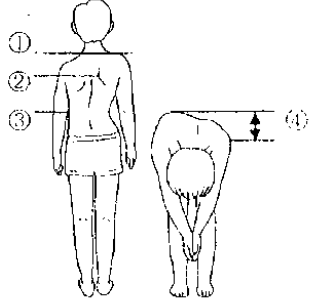
- Что касается колонки «состояние здоровья на данный момент», то укажите, если у вашего ребёнка температура, кашель, мокрота, слабость в теле, головная боль и пр. в день проведения обследования или нет.
- Что касается колонки «предшествующие туберкулиновые пробы», то укажите, даты, когда они были сделаны.
- Что касается колонки «результат», то заполните диаметр гиперемии (покраснения) в случае, если она есть и укажите образовалась ли папула (волдырь).
- Что касается колонки «предшествующие прививки БЦЖ», а также указания дат этих прививок, то заполните эти пункты после уточнения в «книжке матери и ребёнка» и пр.
- **Просьба в день обследования обязательно принести с собой данную Форму и «книжку матери и ребёнка».**

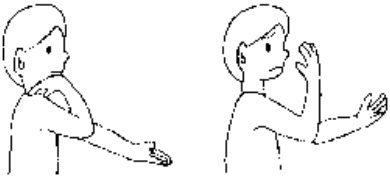
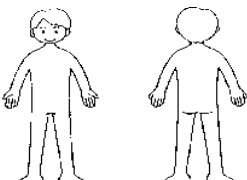
Анкета оценки состояния здоровья опорно-двигательного аппарата (ОДА)

Год \_\_\_\_\_ Группа \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ ФИ \_\_\_\_\_ м • ж \_\_\_\_\_

※Уважаемые родители/опекуны! Отметьте  подходящие пункты во 2-ой колонке таблицы

(выделена жирной линией).

Занимается ли ребенок спортом в настоящий момент (включая балет, танцы): нет да (Название: _____) Занимается с _____ года		
1) Болезни позвоночника	Колонка для заполнения родителями/опекунами	Колонка для заполнения во время осмотра
	4 ключевых пункта: ① Одно плечо выше другого ② Ассиметрия в положении и высоте лопаток ③ Ассиметрия в изгибе средней подмышечной линии справа и слева ④ При наклоне вперед наблюдается реберный горб (в грудном отделе) справа или слева	【Отклонение от нормы】  Выявлено
2) Если вы заметили какие-то из нижеследующих симптомов, то отметьте их, пожалуйста.		
Болит ли у ребёнка поясница при наклонах туловища назад и вперед?	【Наклон вперед】 ① Не болит ② Болит 【Наклон назад】 ① Не болит ② Болит	【Отклонение от нормы】  Выявлено
После того, как ребенок поочередно простоял на правой и левой ноге (больше 5 секунд на каждой) чувствует ли он, что тело не слушается, ноги начинают дрожать и т.д. ?	【Левая нога】 ① Без отклонений ② Дрожь, неустойчивость ③ Стоять не может 【Правая нога】 ① Без отклонений ② Дрожь, неустойчивость ③ Стоять не может	【Отклонение от нормы】  Выявлено
Может ли ребёнок садиться на корточки полностью прижав всю поверхность стопы к полу?	① Может ② Не может	【Отклонение от нормы】  Выявлено
Когда ребенок поднимает одновременно обе руки вверх, касается ли он руками ушей?	Левая рука ① Касается ② Не касается Правая рука ① Касается ② Не касается	【Отклонение от нормы】  Выявлено

<p>При разгибании локтя с вытянутой ладонью вверх хорошо ли разгибается рука в локте, при сгибании локтя может ли ребёнок дотронуться пальцами до плеча?</p> 	<p>Левый локоть                  ① Без отклонений                  ② Полностью не сгибается                  ③ Полностью не разгибается                  Правый локоть                  ① Без отклонений                  ② Полностью не сгибается                  ③ Полностью не разгибается</p>	<p>【Отклонение от нормы】                  Выявлено</p>
<p>3) Беспокоит ли что-то из нижеследующего?</p>		
<p>Есть ли боли в костях, суставах, мышцах? Отметьте на рисунке локализацию боли ○ и напишите подробно о том, что беспокоит</p> 	<p>【Симптомы】</p>	<p>【Отклонение от нормы】                  Выявлено</p>
<p>4) Есть ли у вас есть беспокойство по поводу состояния здоровья других частей тела (туловище, руки, ноги и т.д.), то напишите, пожалуйста.</p>		
<p>5) Проходит ли ваш ребёнок в настоящий момент лечение по какому-либо из вышеуказанных вопросов 1-4? нет • да (Название болезни )</p>		

**※Нижеследующий пункт заполнять не нужно**

【Необходимость подробного обследования есть • нет】

Объявление о результатах медицинского осмотра

Год    Месяц    День

Уважаемый г-н !

Директор школы

По результатам осмотра опорно-двигательного аппарата Вашего ребенка мы советуем Вам обратиться к хирургу-ортопеду для проведения дальнейшего подробного обследования. После проведения обследования заполните, пожалуйста, нижеследующую форму и предоставьте ее в школу.

\* Во время проведения подробного обследования необходимо иметь на руках « Анкету оценки состояния здоровья опорно-двигательного аппарата (ОДА)» и страховой полис (для тех, у кого он имеется).

Результат обследования (диагноз)

Обследование по поводу ( )

Рекомендация на будущее и т.д ( )

Год    Месяц    День

ФИ врача, проводившего обследование



**Информационный справочник по школьному образованию Начальная  
и средняя школа**

Апрель 2018г.

Редакция и печать: Отдел по правам человека и вопросам образования,  
Управление комитета образования префектурального управления Тоттори

Адрес: 680-8570 Япония, г. Тоттори, Хигасимачи 1-271

Тел.: 0857-26-7534

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