

ほけんだより 4月

保護者のみなさまへ

保健調査票の各学年の記入をお願いします。

表・内側（2面）・裏 の4面すべてに記入してください。

調査票は健康診断の資料にいたします。結核検診問診票(黄色)と合わせて、記入もれのないようにしてください。

なお、全学年ご記入・ご準備をお願いします。提出日については、後日ご連絡いたします。

【表】

【裏】



墨田区立小学校

秘 保健調査票

この保健調査票は、緊急時や健康診断の参考にするためのものです。保護者の方ができるだけ正確にご記入ください。毎年、年度のはじめにお返します。その時点で確認・再記入をお願いします。緊急連絡先や保険証などの変更がありましたら、直ちにお知らせください。
(※変更は赤ペンで訂正・記入してください。)

なお、万一に備え、保健調査票に記載された内容を教職員全員で共有し、緊急時には、消防署、救急隊及び医療機関に情報提供し、速やかに適切な処置ができるように体制を整えたいと考えておりますので、同意欄に保護者の方の署名をお願いします。

私は、子どもの病気やけが等による緊急時の対応に活用するため、「保健調査票」に記載された内容を教職員全員で共有すること、また、消防署、救急隊及び医療機関に情報提供することに同意します。

平成 年 月 日 保護者署名 印

年	1年	2年	3年	4年	5年	6年
組						
番						
保護者印						

名前 性別 生年月日
氏名 男 女 平成 年 月 日生
保護者名 健康保険証の種類
住所 国保・社保・共済・その他 () ・無
※変更がありましたら、ご連絡ください。

緊急連絡先 ※連絡を取りやすい順にお書きください。

①氏名	携帯電話	() () () () () ()	() () () () () ()
連絡 ()	勤務先等	() () () () () ()	() () () () () ()
②氏名	携帯電話	() () () () () ()	変 () () () () () ()
連絡 ()	勤務先等	() () () () () ()	変 () () () () () ()
③氏名	携帯電話	() () () () () ()	() () () () () ()
連絡 ()	勤務先等	() () () () () ()	() () () () () ()

組・番・印も忘れずに！

緊急連絡先は、①→③の順に連絡がつきやすい番号を記入してください。

5. 脊柱側湾症

最近、姿勢の悪い児童が増えています。これら姿勢の悪い子どもの中に側湾症(背骨が曲がっている)という病気が、かなりあることがわかってきました。子どもの心身の健全な発育のためには、側湾症を早期に発見し、早期に治療を受ける必要があります。

下図を参考に当てはまる項目に○を、当てはまらない項目に/ (斜線)を入れてください。

症 状	1年	2年	3年	4年	5年	6年
普段の姿勢が悪い						
①両肩の高さが違う						
②肩甲骨下端の高さが違う						
③背骨が曲がっている						
④ウエストラインが左右均等でない						
⑤おじぎをした時の肋骨及び腰の高さが違う						

(脊柱側湾症の特徴)

- 正常な背柱は、後ろから見ると、まっすぐで横への曲がりほとんどない。
- 側湾症になると、背骨が横に曲がり、さねにねじれてくる。
- 側湾症は、痛みなどの自覚症状がほとんどないので、知らない間に進行していることがある。
- 女子に多く、男子の数倍以上もあるのが特徴。
- やせ形の子どもの多い。

5. 脊柱側湾症については、ご家庭でチェックしていただき、異常なしの場合は、斜線/を引いてください。

平成28年度から運動器検診が追加されて

います。お子さんの様子を見ていただき

保護者欄にご記入ください。学校医の記

入はチェック等があった場合のみとなります。



運動器検診(四肢の状態)スクリーニング表

児童氏名 _____ 性別 _____

1年 組 番	2年 組 番	3年 組 番	4年 組 番	5年 組 番	6年 組 番
① 体をそらしたり、曲げたりしたときに痛みを訴える。					
② 片脚立ちすると両手離れたり、ふらついたりする。					
③ 足の裏を全足裏に向けて立ちこぼれやすい。					
④ 手のひらを上に向けて腕を伸ばしたとき、腕が完全に伸びない、完全に曲がらない、肘が曲がっていない。					
⑤ バンザイしたとき、両腕の重さにつらさを感じる。					
⑥ 体の骨・関節・筋肉・筋肉などが痛みが2週間以上続いている。腫脹のある部位の写真を添付してください。					

各学年の欄に記入してください。裏面も忘れずに！

* 1・2年/転入生は裏面参照 ⇒

保健調査票（1・2年／転入生）

【表】

秘 保健調査票 墨田区立小学校

この保健調査票は、緊急時や健康診断の参考にするためのものです。保護者の方ができるだけ正確にご記入ください。毎年、年度のはじめにお返ししますので、その時点で確認・再記入をお願いします。緊急連絡先や保険証などの変更がありましたら、直ちにお知らせください。（変更点は赤ペンで訂正・記入してください。）

なお、万一に備え、保健調査票に記載された内容を教職員全員で共有し、緊急時には、消防署、救急隊及び医療機関に情報提供し、速やかに適切な処置ができるように体制を整えたいと考えておりますので、同意欄に保護者の方の署名をお願いします。

ふりがな _____ 生年月日 _____

氏名 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日生

保護者名 _____

住所 _____ 健康保険証の種類 _____

_____ 国保・社保・共済・その他（ _____ ）・無
（変更がありましたら、ご連絡ください。）

年	1年	2年	3年	4年	5年	6年
組						
番						
保護者印						

緊急連絡先 ※連絡の取りやすい順にお書きください。

①氏名 _____ 携帯電話 _____

住所（ _____ ） 勤務先 _____ 変 _____

②氏名 _____ 携帯電話 _____

住所（ _____ ） 勤務先 _____ 変 _____

③氏名 _____ 携帯電話 _____

住所（ _____ ） 勤務先 _____ 変 _____

私は、子どもの病気やけが等により緊急時の対応に活用するため、「保健調査票」に記載された内容を教職員全員で共有すること、また、消防署、救急隊及び医療機関に情報提供することに同意します。

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 保護者署名 _____ 印

【裏】

4. これまでに受けた予防接種

今までに受けた予防接種を○でかこみ、その他にも予防接種（インフルエンザを除く）をされていたらご記入ください。

3種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風）	接種済（ 回 ）	未接種
4種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ）	接種済（ 回 ）	未接種
ポリオ	接種済（ 回 ）	未接種
MRワクチン（麻しん・風しん）	1回 ・ 2回 ・ 未接種	
水ぼうそう	1回 ・ 2回 ・ 未接種	
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	1回 ・ 2回 ・ 未接種	
B C G	接種済（ 回 ）	未接種
日本脳炎	1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 ・ 未接種	

5. 感染症について

これまでにあった感染症についてご記入ください。

病名	かかった年齢	病名	かかった年齢
麻しん（はしか）	歳	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	歳
風しん（三日はしか）	歳	百日咳	歳
水痘（みずぼうそう）	歳	その他（ _____ ）	歳

6. かかりつけの医院・病院等

か	内科・小児科	外科・整形外科	歯科	その他
か				
り				
つ				
け				
医				

※学校で受診が必要になった場合、必ずしもかかりつけに受診できるとは限りません。

【内側】

1. アレルギーについて（ここ1年間の様子で当てはまる項目に○をつけてください。）

※学校においてアレルギー対応を必要とする場合は、別途管理指導票の提出が必要です。
※症状などに変更があった場合は、赤字で修正するか、備考欄に追記をお願いします。

アレルギー対応	1年	2年	3年	4年	5年	6年
学校へ知らせておきたいことが...	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
管理指導票の提出	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

喘息（ある ない）発作（頻発 とときどき 無）

食物アレルギー

食品名（ _____ ） 症状（ _____ ）

アトピー性皮膚炎

薬品・動物アレルギー

原因（ _____ ） 症状（ _____ ）

アレルギー性鼻炎

アレルギー性結膜炎

その他（ _____ ）

症状と対処（ _____ ）

備考欄1 上記内容に変更がありましたら、具体的に記入してください。
[例] 喘息の発作が○年の○月よりなくなった。アレルギーの原因食品が○年の○月より○が増えた。

備考欄2 アナフィラキシーの既往等、アレルギー全般について、知らせておきたいことを具体的に記入してください。

医師の診断を（原因についてなど） 受けている 受けていない

病院名（ _____ ） TEL _____

2. 病気がけがについて

該当するものがありましたら、必要事項を記入してください。

病名	診断年齢	現在の様子（○印）	医療機関名
心臓病（ _____ ）	歳	治療中・定期検診・管理指導票（有・無）	
腎臓病（ _____ ）	歳	治療中・定期検診・管理指導票（有・無）	
糖尿病	歳	治療中・定期検診・管理指導票（有・無）	
川崎病	歳	治療中 ・ 定期検診 ・ 治療	
てんかん / 投薬（有・無）	歳	治療中 ・ 定期検診 ・ 治療	
熱性けいれん（発熱発作 年 月）	歳	治療中 ・ 定期検診 ・ 治療	
中核炎	歳	治療中 ・ 定期検診 ・ 治療	
＜その他の病気がけが＞ 現在の様子など			

3. ふだんの様子 平熱（ _____ ）で当てはまる項目に○をつけてください。

学 年	1年	2年	3年	4年	5年	6年
保 護 者 記 入 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

下記の項目に該当するものはありません

内 科

たたくらみやめまいをおこしやすい
少しの運動でもうきまは息切れがする
なすの運動でうずまわってしまふ
朝なかなか起きられなくて午前中調子が悪い
顔色が悪い
食欲がない
腹痛を訴えることが多い
頭痛を訴えることが多い
だるいと時々嘔吐
乗り物に酔いやすい
目が赤くなるやむやみ
目やみが出る
目のまわりが赤くなったりだれたりする
目を近づけて物を見たり細めたりする
耳の聞こえが悪い
時々耳が痛がる
いつも鼻汁が出ている
いつも鼻が詰まっている
鼻血が出やすい
時々のが痛んで熱を出す
喉肉から出血しやすい
歯の痛みがときどきある
歯茎が赤くなる
矯正中

⑨その他 健康状態について、気になる点や知らせておきたいことを記入してください。

1年 _____

2年 _____

3年 _____

4年 _____

5年 _____

6年 _____

<運動器検診（四肢の状態）・脊柱側弯症スクリーニング表>（1・2年／転入生）

【表】

運動器検診（四肢の状態）・脊柱側弯症スクリーニング表

児童氏名 _____ 性別 _____

学年	1年	2年	3年	4年	5年	6年
1年 組 番						
2年 組 番						
3年 組 番						
4年 組 番						
5年 組 番						
6年 組 番						

1. 運動器検診（四肢の状態）

①～⑥の症状について、該当するものに○をご記入ください。
⑦について、2週間以上痛みのある部位がありましたら、その部位の記号をご記入ください。
また、裏面のスポーツ歴（例：野球3年）についてもご記入ください。

症 状	学 年	1年	2年	3年	4年	5年	6年
①～⑥ 全て該当なし	保護者						
①体をそらしたり、曲げたりしたときに膝に痛みがある。	保護者						
②片脚立ち（5秒間）すると体が揺れたり、ふらふらしたりする。	保護者						
③足の裏を全部床につけて完全にしゃがめない。（足は開いてもよい）	保護者						
④腕が完全に伸びない。完全に曲がらない。（指が肩につかない）	保護者						
⑤ベンチイしたときに、両腕が耳につかない。	保護者						
⑥体の骨・関節・筋肉などの痛みが2週間以上続いている。（症状のある部位の記号を記入ください） ○右肩 ○右手 ○右大腿部 ○右足 ○左肩 ○左手 ○左大腿部 ○左足 ○左肘 ○左膝 ○右肘 ○右膝	保護者						

裏面に続きます

【裏】

運動器検診（四肢の状態）・脊柱側弯症スクリーニング表

学年	1年	2年	3年	4年	5年	6年
1年						
2年						
3年						
4年						
5年						
6年						

2. 脊柱側弯症

側弯症は早期に発見し、早期に治療をうける必要があります。 正図を参考に、該当するものに○をご記入ください。

症状	1年	2年	3年	4年	5年	6年
下記の項目全てに該当なし						
階段の姿勢が悪い						
①両肩の高さが違う						
②肩甲骨下端の高さが違う						
③背骨が曲がっている						
④ウエストラインが左右均等でない						
⑤おじぎをした時の肋骨及び腰の高さが違う						

立位検査 前屈検査

（脊柱側弯症の特徴）

- 正常な脊柱は、後ろから見ると、まっすぐで横への曲りはほとんどない。
- 側弯症になると、背骨が横に曲がり、さらにはねじれる。
- 側弯症は、痛みなどの自覚症状がほとんどないので、知らない間に進行していることがある。
- やせの子にも多い。