



【新2・3年生】
保護者の皆様へ
市が洞小保健室
令和5年3月



保健調査票 記入のお願い

保健調査票を返却しました。全てのページを確認して、昨年度からの追記・削除・修正を赤色でお願いします。また、新学年の健康診断の問診(質問1・4)については、できるだけ最新の情報が必要のため、4月に入ってからの記入をお願いします。問診は黒色で記入してください。記入例を参考にしてください。

提出日 4月10日(月) ※始業式の次の登校日

- ※ 新しい学年の、クラスと出席番号を必ず記入してください。
- ※ 学校用連絡封筒に入れて提出してください。
- ※ 児童指導補助票と緊急時の児童引き渡しカードも、新しいクラスや変更点を記入して一緒に学校用連絡封筒に入れて提出してください。



新2・3年生用【記入例】昨年度からの追記・削除・修正は赤色で書いてください

秘 保健調査票		令和〇年度 小学校入学 令和 年度 中学校入学	
<small>この調査票はお子様の健康状態について調べ、学校で行う健康診断の資料にするともに、在学中の健康管理の参考にするものです。大切な書類ですので、正確に記入してください。</small>			
学校名	学年	小1	小2
長久手市立 市が洞 小学校	組		
長久手市立 中学校	番		
ふりがな	〇〇〇〇 〇〇	性別	生年月日
児童生徒氏名	〇〇 〇〇	男・女	平成 〇年 〇月 〇日
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 長久手市 〇〇〇〇〇〇-〇	電話番号	(〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇
		ふりがな	〇〇〇〇 〇〇
		保護者氏名	〇〇 〇〇
緊急連絡先 ※上記以外で、緊急時に確実に連絡がとれる連絡先(勤務先等)を記入してください。			
順位	氏名	続柄	連絡先(勤務先等) 電話番号
①	〇〇 〇〇	父	携帯電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
②	〇〇 〇〇	母	携帯電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
③	〇〇 〇〇	母勤務先	〇〇会社〇〇 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
④	〇〇 〇〇	祖母	自宅(日進市) 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
<small>かかりつけの医療機関</small>			
内科	病院名 〇〇クリニック 所在地 長久手 市・町・区	歯科	病院名 〇〇〇〇歯科 所在地 長久手 市・町・区
耳鼻科	病院名 〇〇耳鼻科 所在地 長久手 市・町・区	整形外科	病院名 () 所在地 ()
眼科	病院名 〇〇眼科 所在地 日進 市・町・区	電話番号 ()	所在地 ()
健康保険証の種類 (〇をつけてください)		国民保険 ・ 社会保険 ・ 共済組合	
長久手市教育委員会			

学年	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3	ふりがな	〇〇〇〇 〇〇									
組番										氏名	〇〇 〇〇									
1 最近の健康状態・生活習慣について、次の事項であてはまるものに○をつけてください。																				
項目										小	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3		
下記のすべての項目に該当がありません													○							
内科	1	頭痛を起こしやすい																		
	2	腹痛、下痢、便秘を起こしやすい																		
	3	息切れをしたり、急にドキドキしたりすることがある																		
	4	めまいを起こしやすい																		
	5	気を失って倒れたことがある																		
	6	瀧登、じんじんがでやすい																		

該当する学年の欄に記入をしてください(黒字)。整形外科は、検査例を参考にしてください。

※ 内科から整形外科まで、すべての項目で該当なしの場合は、一番上の「**下記のすべての項目に該当がありません**」に○をつけてください。

重要!

- ★ **必ず連絡が取れる連絡先を、複数(自宅、携帯電話、職場など)に記入ください。**
- ★ **お子様の体調不良時や、怪我をして受診が必要な場合など、緊急に保護者の方と連絡をとる必要が生じた場合に使用します。**
- ※ 年度の途中に変更がありましたら、必ず担任までご連絡ください。

学校から医療機関へ移送する際の参考にします。

2 これまでにかかった病気等について記入してください。
※ 記入しにくい病気等があるときは、担任または養護教諭にお知らせください。

病名	初発の年齢	通院中・経過観察中 治療等完了			医療機関名	服薬	学校生活 管理指導表
		通院中 (月・年 回)	経過観察中 (月・年 回)	完了 (才)			
心臓病 (病名 心室中隔欠損症)	0才	通院中 (月・年 回)	経過観察中 (月・年 回)	完了 (才)	愛知医科大学病院	有・無	有・無
腎臓病 (病名)	才	通院中 (月・年 回)	経過観察中 (月・年 回)	完了 (才)		有・無	有・無
ぜん息	4才	通院中 (月・年 回)	経過観察中 (月・年 回)	完了 (才)	〇〇クリニック	有・無	有・無
川崎病	1才	通院中 (月・年 回)	経過観察中 (月・年 回)	完了 (才)	〇〇クリニック	有・無	有・無
糖尿病	才	通院中 (月・年 回)	経過観察中 (月・年 回)	完了 (才)		有・無	有・無
てんかん	才	通院中 (月・年 回)	経過観察中 (月・年 回)	完了 (才)		有・無	
熱性けいれん	才	通院中 (月・年 回)	経過観察中 (月・年 回)	完了 (才)		有・無	
その他()	才	通院中 (月・年 回)	経過観察中 (月・年 回)	完了 (才)		有・無	

3 病気などで、その他学校に知らせておきたいことや相談したいことがあれば記入してください。
特にない場合は、「なし」に○をつけてください。

4 学校医(内科・眼科・耳鼻科)、学校歯科医に質問があれば記入してください。特にない場合は「なし」に○をつけてください。

小1 なし ぜんそくの発作時の吸入薬がランドセルのポケットに入っています。発作が出たら職場に連絡ください。 なし

治療や経過観察等が完了している病気については、完了の欄に年齢を記入してください。
今後、完了した場合は、年度の変わり目に記入していただきます。

学校生活において、特別な配慮や管理が必要な場合は、「学校生活管理指導表」の提出が必要となります。

特記する事項がない場合は、該当する学年の欄の「なし」に丸をつけてください。
※ 記入漏れの無いようにお願いします

学年	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3	ふりがな	〇〇	〇〇
組番										氏名	〇〇	〇〇

5 アレルギー等の体質について記入してください。

食物アレルギー	原因食物	卵、乳	
なし・あり	症状	呼吸器症状(息苦しさ、咳き込み) 皮膚症状(じんましん)	
(ありの人は記入) アナフィラキシー	緊急時の処方薬	エピペン	なし・あり → 過去の使用 なし・あり
なし・あり	給食	内服薬	なし・あり (〇〇薬 1回1錠 ランドセルのポケットの中)
		給食	□配慮を必要としない □対応食(乳・卵のみ) □弁当持参(すべて・一部) □その他()
学校で配慮が必要な その他のアレルギー	原因となるもの	ラテックス かゆみ、じんましん	
なし・あり		対応・処方薬等(詳しく記入してください) ラテックスが含まれる物は触らない。症状が出たら薬を服用する。 詳しく記入してください	
使用してはいけない薬 接種してはいけない注射等		なし・あり	

組・番号、氏名の記入欄が、表紙・内側・裏表紙の3か所あります。
必ず、全て記入してください。

アレルギーについて、発症時の症状や緊急時の対応方法など、学校が知っている方がよい事項を、できるだけ詳しく記入してください。

6 予防接種歴と既往歴について○をつけてください。
(接種済みの場合は、接種した回数全てに○をつけてください)

① インフルエンザ菌b型(Hib)	未接種	1	2	3	4	感染有	⑦ 2種混合(ジフテリア・破傷風)	未接種	1	2	3	感染有
② 小児用肺炎球菌	未接種	1	2	3	4	感染有	⑧ 水痘(水ぼうそう)	未接種	1	2	3	感染有
③ 4種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)	未接種	1	2	3	4	感染有	⑨ 流行性耳下腺炎(おたふくかせ)	未接種	1	2	3	感染有
④ BCG(結核)	未接種	1	2	3	4	感染有	⑩ B型肝炎	未接種	1	2	3	感染有
⑤ 麻しん・風しん(MR)	未接種	1	2	3	4	感染有	⑪ ロタウイルス	未接種	1	2	3	感染有
⑥ 日本脳炎	未接種	1	2	3	4	感染有	⑫ その他予防接種を受けたものがあれば、記入してください。					

インフルエンザ以外で、学校に知らせておきたいものがあれば、記入してください。

提出日 4月10日(月)