



令和6年4月臨時号
朝日小学校保健室

新学期が始まって、約2週間がたちました。新しい環境に慣れてくると同時に、疲れが出てくるころかもしれません。早寝・早起きの規則正しい生活リズムで体調を整えて、ほっと一息つけるゴールデンウィークまでもう少し頑張りましょうね。

★5月の健康診断の日程

*予定なので変更になる場合もあります



○ 5月 9日 (木)	尿検査一次 (全学年) *当日の朝、採尿してください
○ 10日 (金)	尿検査一次予備日 *9日に忘れた人
○ 14日 (木)	内科検診 (6年)
○ 28日 (火)	内科検診 (3年)
○	尿検査一次二次混合 (該当者)
○ 29日 (水)	心臓検診 (1年)
○ 31日 (金)	内科検診 (4年)



★学校医・薬剤師の先生を紹介いたします★

- ◎ 眞田 宏人 学校医(さなだクリニック) ◎ 津田 多利 学校歯科医(津田歯科医院)
- ◎ 直田 弥丈 学校薬剤師(漢方の自然薬舗なおみや)



おうちの方へ

『保健調査票』の記入をお願いします

「保健調査票」とは、学校で行う健康診断や在学中の健康管理のために参考にする資料であり、6年間継続して使用するものとなります。

本日お配りした「保健調査票」に、本紙裏面を参考にされながら、現在のお子様の健康状態を記入いただきますよう、よろしく願いいたします。

～新1年生の保護者の方へ～

『保健調査票』は初めての配付になりますので、「表紙(ふりがな・生年月日・性別)」「これまでにかかった病気」「予防接種歴」についても、記入をお願いします。

加えて、心臓検診調査票も別紙でございますので、記入をお願いします。提出は、同じく4月30日(火)までにお願いします。

保健調査票は4月30日(火)までに提出をお願いします

★参考：該当学年の欄に記入をお願いします。

新1年生は、こちらの記入もお願いします。

氏名[] 男・女

◆これまでにかった病気等に○をつけ、かかった時の年齢と現在の状況を記入してください。

○	病名	初発の年齢	現在の状況				薬療機関名	生活管理指導表
			治療中	経過観察	治癒	薬		
	心臓病(病名)	才	才	才	才	有・無	有・無	
	腎臓病(病名)	才	才	才	才	有・無	有・無	
	ひきつかけてんかん	才	才	才	才	有・無	有・無	
	川崎病	才	才	才	才	有・無	有・無	
	その他(病名・アトピー、喘息等)	才	才	才	才	有・無	有・無	
	アレルギー体質 原因()						有・無	
	水痘(みずぼうそう)	才	麻疹(はしか)	才	風疹(三日はしか)	才	流行性耳下腺炎(おたふく)	才

◆予防接種歴 接種済み○ 未接種△

Hib	肺炎球菌	B型肝炎	四種混合	水痘(みずぼうそう)
麻疹(はしか) 風疹(三日はしか) 混合	1期	2期	日本脳炎	流行性耳下腺炎(おたふく)
BCG(スタンダード予防接種)	BCG未接種の理由: ツベルクリン反応が陽性だったため・その他()			

1. 結核について、各質問の該当する欄に○を記入してください。

調査内容	1年	2年	3年	4年	5年	6年
	(月 日 記入)	(月 日 記入)	(月 日 記入)	(月 日 記入)	(月 日 記入)	(月 日 記入)
① 今までに結核性の病気にかかったことがありますか？(例: 肺結核、胸膜炎、ろくろく炎、頸部リンパ腫結核等)	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
② 今までに結核の感染を受けたとして予防のお薬を飲んだことがありますか？	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
③ このお子様が生まれてから家族や同居の人で結核にかかった人がいますか？(*2年生以上は過去1年以内)	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
④ このお子様が過去3年以内に通算して半年以上、外国に滞在していたことがありますか？ 「はい」の場合、その国と滞在期間を記入してください。	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
⑤ 2週間以上「せき」や「たん」が続いていますか？	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
⑥ 「はい」の場合、医療機関において、治療や検査を受けていますか？	受けた 受けない	受けた 受けない	受けた 受けない	受けた 受けない	受けた 受けない	受けた 受けない
⑦ いままで「ぜんそく、ぜんそく性気管支炎」などといわれていますか？	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
校 医 所 見	異常なし 要検討	異常なし 要検討	異常なし 要検討	異常なし 要検討	異常なし 要検討	異常なし 要検討
保 健 所 コ メ ン ト						
精 密 検 査 の 要 否	否・要 結果	否・要 結果	否・要 結果	否・要 結果	否・要 結果	否・要 結果

2. 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○を記入してください。

症 状	1年	2年	3年	4年	5年	6年	子の性知らせておきたい事、学校医に相談等があれば記入してください。 (同様に養育費等で知らせておきたいこともこちらに記入してください)
	内科検診						
運動器検査 *印は異常を指す	1 特になくなる様子や症状はない						
	2 かげをひきやすい						
	3 頭痛を起しやすい						
	4 腰痛を起しやすい						
	5 下痢・便秘をしやすい						
	6 膝擦、息切れをすることがある						
	7 疲れやすく元気がないことが多い						
	8 たくらみやめまいをすることがある						
9 気を失って倒れたことがある							
10 肩がゆくなりやすい							
11 体や手足にブツブツができています							
12 その他							
眼科検診							
耳鼻科検診 *4年生のみ記入	1 特になくなる様子や症状はない						
	2 水がしみる歯がある						
	3 ときどき歯が痛くなる						
	4 口を開けるときにおごの関節が高い						
	5 おごの関節のところでも音がする						
	6 歯をみがくと歯肉から血が出る						
	7 目が赤くなりやすい						
	8 目がゆくなりやすい						
9 目やにがよく出る							
10 目の向きがおかしい							
11 色の見え方(色覚)について気になる							
12 色覚検査を希望する 希望する場合は、検日児童費を配布します							
歯科検診							

運動器検査は、保健調査票の裏面を参考に、ご家庭でチェックをお願いします。

氏名[]