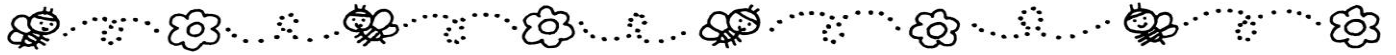


4月 ほけんだより

令和5年4月6日(木)
高岡市立福岡小学校 保健室
NO. 1



入学・進級おめでとうございます！

新しい友達、新しい先生等、新しいものにかこまれて、新学期がスタートしました。保健室では、子供たちが元気に学校生活を送れるように見守り、指導していきたいと思っております。保護者の皆様のおたたくいご支援とご協力をよろしくお願いいたします。

養護教諭の倉田加奈です。1年間よろしくお願いします。



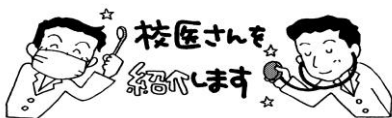
保健関係の配付物・提出物について ※提出期限…4月10日(月)

次の各調査を配付します。裏面の記入例を参考に、もれなく記入してください。期限までの提出に、ご協力よろしくお願いいたします。

- *提出する際は、お渡しした封筒に入れて提出してください。
- *ボールペンでご記入ください。(訂正箇所は赤字でお願いします)

書類名	記入の方法等
① 保健調査票	・既往歴やアレルギー等についてもれなく記入し、医療機関にかかっている場合は、今年度の学年の欄に○をつけてください。 ・母子手帳を参考に、予防接種歴について正確にご記入ください。 ・裏面は、現在の健康状態について、あてはまるものを該当学年の欄に○をつけてください。※ 保護者印か保護者署名を忘れず にお願いします。
② 救急受診カード	・緊急時(けがや病気等)に連絡が取れる連絡先を記入してください。 ※ 保護者印か保護者署名を忘れず にお願いします。
③ 結核健診問診票	・表面のクラス、出席番号、保護者名と裏面の必要事項をご記入ください。
④ 運動器検診保健調査票	・内容をお読みになって、必要事項をご記入ください。
⑤ フッ化物洗口希望調査	・内容をお読みになって、希望の有無をご記入ください。
⑥ 災害共済給付の加入同意書(1年生のみ)	・必要事項をご記入ください。※ 基本的に、全児童が加入します。(他市町村から転入されるお子さんも、改めて提出が必要になります。)
⑦ 心臓検診問診票(1年生のみ)	・必要事項をご記入ください。※ 記入漏れがないよう お願いします。
⑧ 心臓検診希望調査(4年生のみ)	・内容をお読みになって、希望の有無をご記入ください。

※ 昨年度まで配付していた健康チェックカードは、今年度は配付しません。

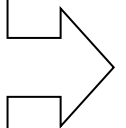


校医さんも
紹介します

主に、健康診断、感染症予防対策、学校保健委員会等でお世話になります。

- 《内科》 蓑 毅峰 先生 (内科クリニックサンエール)
- 《歯科》 長澤 勝将 先生 (さくらの木歯科)
- 《耳鼻科》 山岸 孝広 先生 (やまざし耳鼻咽喉科クリニック)
- 《眼科》 阪口 仁一 先生 (厚生連高岡病院 眼科)
- 《薬剤師》 松岡 秀和 先生 (タケザワ薬局)

裏面に保健書類の記入の仕方についてのせていますので、参考にしてください。



保健調査票の記入の仕方

秘 保健調査票

氏名: 福岡 花子 (男・女) 男 女

生年月日: 平成 29 年 12 月 12 日 生

現住所: 福岡市福岡区大野 15

保護者名: 福岡 太郎

学年: 1 / 21

1 これまでにかかった病気について (医療機関にかかっていたときは、現在の学年に○を付けてください。内服等の治療をされている場合は、◎を付けてください。)

病名	発症年齢	1年	2年	3年	4年	5年	6年	医療機関名
心臓の病気 (川崎病) ※川崎病を含む	0	0						厚生連福岡
腎臓の病気 (ネフローゼ) 続発病 (I型・II型)	7	0						福岡病院
リュウマチ熱								
けいれん性の病気 (さんかん)	2	0						厚生連福岡
難聴 (右・左)								
弱視 (右・左)	4							00月眼科
斜視 (右・左)	4							
麻疹 (はしか)								
麻疹 (三日はしか)								
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	3							
水痘 (みずぼうそう)								
手術 ()								
その他 (股関節脱臼)	1	0	0	0				OA整形外科

2 アレルギーについて (医療機関にかかっているときは、現在の学年に○を付けてください。内服等の治療をされている場合は、◎を付けてください。)

病名	発症年齢	1年	2年	3年	4年	5年	6年
ぜんそく	3	◎	◎	◎			
アトピー性皮膚炎							
じんましん							
アレルギー性結膜炎							
アレルギー性鼻炎	5	◎	◎	◎			
食物アレルギー (食品名 <u>牛・卵</u>)	1						
薬物アレルギー (薬品名)							
その他のアレルギー (原因)							
ハチ () に刺されたこと							

- * 該当学年の欄に記入する。
- * かった病気は隠さず記入する。
- * 母子手帳を参考にして、予防接種歴を正確に記入する。
- * 該当学年の欄に保護者印か保護者署名をお願いします。

3 予防接種について (接種した年月日を記入してください。)

氏名: 福岡 花子

予防接種	接種した年月日	接種した年月日	接種した年月日	接種した年月日	接種した年月日	接種した年月日
BCG	H30年 6月 6日					
麻しん・風しん	第1期 H30年 12月 13日	第2期 R24年 6月 17日				
水痘	1回目 H30年 12月 13日	2回目 R2年 12月 25日				
四種混合 (百日咳・破傷風・ジフテリア・ポリオ)	第1期 H30年 3月 9日	第2期 H30年 4月 7日	第3期 R24年 5月 6日	第4期 R24年 6月 6日		
二種混合 (破傷風・ジフテリア)	第1期 H30年 3月 9日	第2期 (DT) R24年 5月 6日				
日本脳炎	第1期 H30年 2月 2日	第2期 R23年 11月 10日	第3期 R24年 2月 1日			
Hib	1回目 年月日	2回目 年月日	追加 年月日	追加 年月日		
肺炎球菌	1回目 年月日	2回目 年月日	追加 年月日	追加 年月日		
B型肝炎	1回目 H30年 2月 1日	2回目 H30年 3月 10日				
流行性耳下腺炎	第1期 年月日	第2期 年月日	追加 年月日	追加 年月日		
ロタウイルス	1回目 年月日	2回目 年月日	追加 年月日	追加 年月日		

4 現在の健康状態について (あてはまる項目に○を付けてください。)

病状	1年	2年	3年	4年	5年	6年
①熱が出やすい						
②顔がよく赤くなる						
③顔がよく腫れる						
④よく気持ちが悪くなる						
⑤食べ物の好き嫌が多い						
⑥下痢しやすい						
⑦便秘がちである						
⑧顔色が悪い						
⑨だるいや疲れたと言ったことがある						
⑩泣いていると気持ちが悪くなったり振れたりする						
⑪少し運動するとうっせいや「息切れ」がする						
⑫よく動き回り、注意しても落ち着かない						
⑬さいさいと鼻を気にする、イライラする						
⑭関節 (ひざ、ひじ、肩などの痛みがある)						
⑮姿勢が悪い						
⑯背骨が曲がっている						
⑰皮膚がかさかさしてかゆいことがある						
⑱目を細めて見る						
⑲目がよける						
⑳目が赤くなりやすい						
㉑目がかゆい						
㉒目が痛い						
㉓目が疲れやすい						
㉔黒目の位置がずれている						
㉕会話中によく聞き返す						
㉖鼻血が出やすい						
㉗鼻がよくつまる						
㉘鼻汁がよく出る						
㉙いびきをかく						
㉚のどがよく腫れる						
㉛声がかすめる						

保護者自署または保護者印: 福岡

救急受診カード

救急受診カード (小学生用)

学年: 1 / 21

組: 1 / 1

番号: 30 29

保護者印: 福岡

病名や、けがをして学校から病院へ行く時に使用しますので正確に記入してください。

学年の途中で変更があった場合は、学校へご連絡下さい。(赤で訂正)

急を要する場合や、指定の病院がない場合は、学校医または近くで受診しますのでご了承下さい。

個人情報保護のため本来の目的以外では、使用できません。

氏名: 福岡 花子 (男・女) 男 女

生年月日: 18 年 12 月 12 日 生

自宅住所: 福岡市 福岡区大野 15 ☎ 64-0x△0

保護者名: 福岡 大 (留守家庭である () 該当者は○)

在学兄弟姉妹 (名前・入学年度を記入)

桃子 (18年度) 中学校 ☎ XXXX

連絡先

父: 福岡 大 ☎ 64-3006 (福岡中学校 ☎ 64-3006)

母: 福岡 中子 ☎ 64-3006 (福岡小学校 ☎ 64-3006)

勤務先・自宅以外の緊急連絡先 (あれば記入)

福岡 大介 (祖父) ☎ 64-0x△x (携帯電話番号 ☎ 090-XXXX-XXXX)

かかりつけ または 応急処置を希望する医療機関

整形外科: 福岡病院 ☎ 64-XXXX 皮膚科: 福岡病院 ☎ 64-XXXX

小児科: 福岡病院 ☎ 64-XXXX 耳鼻科: 福岡病院 ☎ 64-XXXX

内科: 福岡病院 ☎ 64-XXXX 眼科: 福岡病院 ☎ 64-XXXX

保険証の種類 (○で囲む)

記号: ほこひん 番号: 905472 保険者番号: 34025840

その他 ()

血液型: A

アレルギー

食物アレルギー: () 牛乳 () 卵 () 魚 () そば () その他 ()

その他のアレルギー: ()

症状と対応方法など

ぜんそくに「吸入器」2年生から使わせようとする。

破傷風予防接種の有無 () 有 () 無 () (母子手帳を参考にして記入)

- * 該当学年の欄に保護者印か保護者署名をお願いします。
- * 連絡先は必ず記入する。
(緊急時に連絡が取れるように、職場等も正確に書いてください。)
- * 訂正があるときは、赤で記入する。

引越したり転職等で緊急連絡先に変更があった場合は、担任を通じて速やかに連絡してください。