

秘 保健資料 記入方法

令和6年2月8日
清瀬市立清瀬第八小学校
保健室

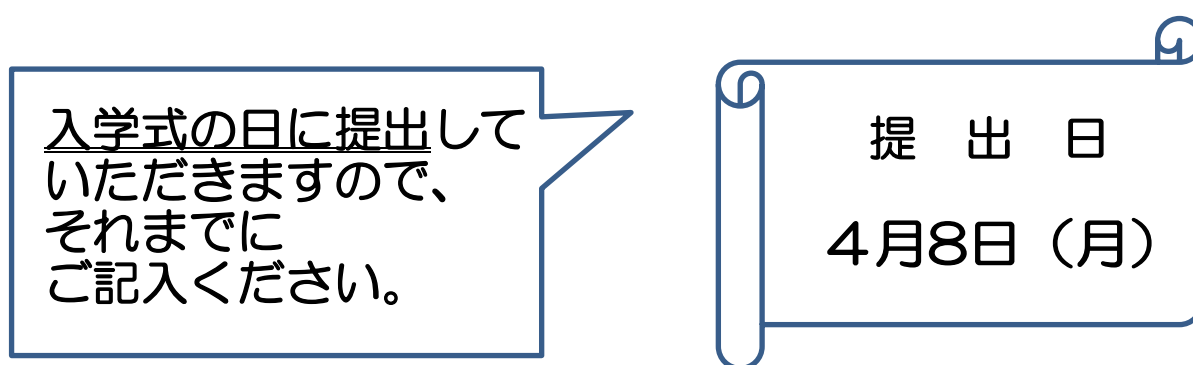
この保健資料は、6年間使用します。
保健室で管理いたします。

保護者の方に連絡する時や、病院に受診する時に使用します。
記入していただいたことを参考に、健康診断でも使用しながら実施しています。

新1年生は、すべてのページをご記入ください。

- ①吹き出し部分を、よくご覧になりながらご記入ください。
- ②保護者様の緊急連絡先等は、必ずご記入ください。
- ③「結核」と「現在の状況」については、あてはまるところには○印を、あてはまらないところには/斜線を、すべての欄にご記入ください。
- ④「整形外科」と「脊柱側弯」のチェックは、ご家庭でお願いします。

※ 記入もれ・保護者印もれがないようお願いいたします。※



学校名 清瀬市立清瀬第八小学校

【お願い】

- 1、年度が替わりますと一度、この保健資料を家庭に戻します。その時点で確認、再記入をお願いします。当該欄に記入もれのないようにお願いします。
- 2、連絡先が変わった場合は、早めにご連絡ください。
- 3、6年間使います。汚したり、破ったり、なくしたりしないように気をつけましょう。

㊫保健資料

ふりがな
児童名
生年月日 平成 年 月 日 男・女 日

*保健資料は健康診断や保健指導、緊急時の受診の際に参考として使用し、その他の目的で使用することはありません。

お子様の学年の欄に、保護者印を押してください。

| | | | | | | |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 学年組 | 1 - | 2 - | 3 - | 4 - | 5 - | 6 - |
| 番号 | | | | | | |
| 保護者印 | 印 | 印 | 印 | 印 | 印 | 印 |

緊急時、確実に連絡が取れる電話番号（自宅・職場・携帯等）を、ご記入ください。

※連絡する優先順位があれば、電話番号の前に①②③…と、記入してください。

発熱等でお迎えをお願いする時に、この電話を使用します。

| | | |
|-----|--------|----|
| 保護者 | 氏名 | 電話 |
| | 住所 清瀬市 | |

| 緊急連絡先 | 氏名(ふりがな) (連絡してほしい順に記入してください) | 続柄 | ※優先順位があれば、電話番号の前に①②③…と記入してください。 | |
|-------|---------------------------------|----|---------------------------------|-------|
| | | | 連絡先(勤務先) | 携帯電話等 |
| 1 | | | 電話 | |
| 2 | | | 電話 | |
| 3 | | | 電話 | |

| | | | | | |
|-----|---------|-------|-------|---------|-----|
| 保険証 | ・国民健康保険 | ・社会保険 | ・共済組合 | ・その他() | ・なし |
|-----|---------|-------|-------|---------|-----|

緊急時、保護者の方と連絡が取れない場合でも、かかりつけの医療機関を受診することがあります。

かかりつけの医療機関がありましたら記入してください。(場合によっては別の医療機関で受診することもあります)

| | |
|---------|----|
| 外科・整形外科 | 電話 |
| 内科・小児科 | 電話 |
| 眼科 | 電話 |
| 耳鼻咽喉科 | 電話 |
| 歯科 | 電話 |
| (その他 科) | 電話 |

詳しくご記入
ください。

●既往症 今までにかかった病気があれば、年齢を記入してください。

| | | | | | |
|---------|----------|-------|--------------|------|------|
| 病名 | 発症年齢 | 治癒年齢 | 病名 | 発症年齢 | 治癒年齢 |
| 腎臓病 () | | | 熱性けいれん(回) | | |
| 心臓病 () | | | 脳波異常・てんかん() | | |
| 川崎病 | | | 結核 | | |
| 入院 病名 | 年 月～ 年 月 | 手術 病名 | 年 月～ 年 月 | | |

母子手帳を見なが
ら、正確にご
記入ください。

●感染症

| | | | | | |
|------------|------------------|----------------|---------------------|----------------------------|-------------|
| | MR混合 (麻疹、風疹) | 水痘 (みずぼうそう) | 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) | 4種混合(ジフテリア 破傷風、百日咳、ポリオ) | BCG (結核) |
| 予防接種 | I期・II期・未接種 | 済・未接種 | 済・未接種 | I期・II期・未接種 | 済・未接種 |
| かかった 年齢 | はしか 三日ばしか 才 才 | 才 | 才 | 才 | |

●結核

*あてはまるところに○を、それ以外は/を記入してください。
*罹患者は、保健所に照会する場合があります。

| | | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|----|
| | 1年 | 2年 | 3年 | 4年 | 5年 | 6年 |
| 質問1 今までに結核性の病気(胸膜炎、肺浸潤など)にかかったことがある | | | | | | |
| 質問2 今までに結核に感染して予防薬を飲んだことがある | | | | | | |
| 質問3 家族や同居人で結核にかかった人がいる | | | | | | |
| 質問4 過去3年間に通算して6カ月以上、外国に住んでいたことがある | | | | | | |
| 質問5 この2週間以上「せき」や「たん」が続いている | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| 質問5-①「はい」の場合その「せき」や「たん」で医療機関において検査や治療を受けている | | | | | | |
| 質問5-②ぜんそく、ぜんそく性気管支炎などといわれている | | | | | | |
| 記入日 | → | | | | | |

※あてはまるこ
ろには○を、それ
以外には/を、漏
れがないように記
入してください。
記入日も忘れず
に。

●服用中の薬 服用中の薬がありましたら記入してください。

| | | |
|----|-----|------------|
| 病名 | 薬品名 | 飲み始め～飲み終わり |
| | | 年 月～ 年 月 |
| | | 年 月～ 年 月 |

アレルギーに関し
ては、特に詳しく
ご記入ください。

※ここ一年以内
に受診し治療し
ている方は、
該当学年の欄に
必ず○をしてく
ださい。

(新1年生は、「入学
前」の欄には小さい頃
のことを、「小1」は
ここ1年のことを記入
してください。)

●アレルギーについて

下記の病気について該当する場合は、その症状、使用薬を記入し、
ここ一年以内に治療している方は該当学年に○を記入してください。

| | | | | | | | | | |
|------------------|------------------------------|--------------|-----|----|---|---|---|---|---|
| アレルギー | 症 状 | 常用の薬・緊急時の処方薬 | 入学前 | 小1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ぜんそく | | | | | | | | | |
| アトピー性皮膚炎 | | | | | | | | | |
| アレルギー性鼻炎 | | | | | | | | | |
| アレルギー性結膜炎 | | | | | | | | | |
| その他 アレルゲン () | | | | | | | | | |
| 食物アレルギー | ※給食対応の場合、毎年面談と管理表提出が必要となります。 | | | | | | | | |

食物アレルギーがある場合は、下記に食品名を記載し給食時に対応が必要かをご記入ください。

| | | | |
|--------------|-----------|---------|-----------|
| 食 品 名 | 給食時に対応が必要 | 食 品 名 | 給食時に対応が必要 |
| | はい・いいえ | | はい・いいえ |
| | はい・いいえ | | はい・いいえ |
| アナフィラキシーショック | ある・なし | エピペンの処方 | ある・なし |
| 処方されている薬() | | | |

※
新2～6年生は、
記載内容を再度
確認し、追加・
訂正があれば
必ずご記入く
ださい。

食物アレルギーがある方は、詳しくご記入ください。
(給食対応がある方は、「学校生活管理指導表」の提出・面談があります。)

●現在の状況

児童名

過去一年間を振り返って、下記のような症状があれば○を、なければ／を学年の欄に記入してください。

| 項目 | 学年 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 家庭から健康について学校へ連絡しておくことがあれば、くわしく記入してください。 |
|------------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | |
| 平熱 | | | | | | | | 1年 |
| よく頭が痛くなる | | | | | | | | |
| よく熱が出る | | | | | | | | |
| よくお腹が痛くなる | | | | | | | | |
| 便秘をしやすい | | | | | | | | |
| 下痢をしやすい | | | | | | | | |
| 長く立っていると立ちくらみや、気分が悪くなる | | | | | | | | |
| 少しの運動で息切れや動悸がする | | | | | | | | |
| 尿が近い | | | | | | | | |
| 皮膚がかぶれやすい | | | | | | | | |
| 1年以内にひきつけをおこした | | | | | | | | |
| ①腰を曲げたりそらしたりすると痛い | | | | | | | | 3年 |
| ②腕や肘を動かすと痛い | | | | | | | | |
| ③片足立ちで5秒以上立てない | | | | | | | | |
| ④しゃがみこむことができない | | | | | | | | |
| ①肩の高さの左右差がある | | | | | | | | 4年 |
| ②肩甲骨の高さに左右差がある | | | | | | | | |
| ③ウエストラインに左右差がある | | | | | | | | |
| ④前屈時の背面の高さに違いがある | | | | | | | | |
| 鼻血がしやすい | | | | | | | | 5年 |
| くしゃみ、鼻水が出やすい | | | | | | | | |
| 聞こえにくいことがある | | | | | | | | |
| 扁桃腺が腫れやすい | | | | | | | | |
| 目のかゆみや、充血がよくある | | | | | | | | 6年 |
| 眼鏡を持っている・かけている | | | | | | | | |
| 色間違えをすることがある | | | | | | | | |
| 口をあける時に顎の関節が痛むことがある | | | | | | | | |
| 歯をみがく時、歯ぐきから出血する | | | | | | | | |
| 歯並びや、かみ合わせが気になる | | | | | | | | |

平熱は、
検温してから
ご記入ください。

学年の全項目を
確認しながら、
あてはまるところには○印を、
あてはまらないところには／斜
線を、お手数で
すがすべての欄
にご記入くださ
い。
記入していただ
いたことは、健
康診断の際に、
校医に伝え、
参考にさせてい
ただいています。

お子様の健康につ
いてや最近の様子
など、知らせて
おきたいことが
ございましたら、
些細なことでも構
いませんので、新
学年の欄にご記入
ください。

*「整形外科」と「脊柱側わん」のチェック項目①②③④については、保健資料の裏表紙にわかりやすいイラストを載せています。
ご参照ください。

「整形外科」と「脊柱側わん」のチェックは、ご家庭でお願いいたします。

それぞれ、①②③④の項目にそって、お子様の姿勢をチェックをしてあげてください。
チェックの際には、保健資料の原本の裏表紙のイラストを参考に、お子様の様子を見てください。
あてはまるところには○印を、あてはまらないところには／斜線を、必ずすべての欄にご記入ください。
○印があった場合には、内科検診の時に校医に伝えて、診ていただきます。