

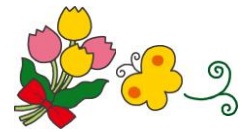
# 保健だより

## 4月号

平成29年4月5日

高岡市立福岡小学校

ご入学・進級おめでとうございます。保健だよりでは、保健関係の行事や病気の予防、健康診断の結果などについてお知らせしていきます。お子さんと一緒にご覧ください。一年間よろしくお祈りします。



### 〈保健室はこんなところ〉

学校でけがをしたとき、簡単な手当をします。



体の調子が悪いとき、様子をみます。(お薬は医師の診断の妨げになる恐れがあるので、お出しできません。)



養護教諭の山下聡美です。子供たちが元気に楽しく学校生活を送ることができるように、保健室からお手伝いしたいと思っています。  
一年間、よろしくお祈りします。

心や体について知りたいことがあるとき、学習することができます。

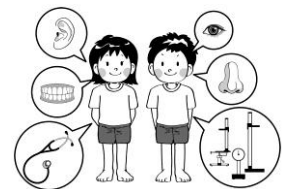


悩み事があったり、落ち込んだりしたとき、話を聞きます。



### 〈健康診断等でお世話になる学校医の先生方〉

〈内科〉 蓑 毅峰 先生      〈歯科〉 長澤 勝将 先生  
〈耳鼻科〉 山岸 孝広 先生      〈眼科〉 木村 雅代 先生  
〈薬剤師〉 高附 庸志 先生



### 〈保健関係の調査票の記入について〉

次の各調査票を配布します。いずれも学校での健康管理の大切な資料となりますので、記入もれないようにして、4月10日(月)までに配布した封筒に入れて、担任へ提出してください。

#### 1 保健調査票

表面：「1 これまでにかかった病気」「2 アレルギー」は忘れずに記入してください。現在医療機関にかかっている場合は学年の欄に○をつけてください。

裏面：「3 予防接種」は母子手帳を参考に「4 現在の健康状態」は該当の学年の欄に正しく記入してください。はんこを忘れずにお願いします。

#### 2 緊急受診カード

学校から家庭と連絡を取る時や病院受診の際に使用しています。4年生以上は集団宿泊学習やスキー学習でも使用しています。記入漏れがないようにしてください。はんこを忘れずにお願いします。また、途中で変更がある場合は必ず連絡をしてください。

⇒ 記入の際は、ボールペン等をお願いします。

⇒ 裏面の記入例をご覧ください。

次号は、健康診断についてお知らせします。

## 保健調査票の記入の仕方（1～5年）

**秘** 保健調査票

保育施設・幼稚園  
学校名 **福岡幼稚園** 学年 **1** 組 **1** 番 **20**

小学校名 **福岡市立福岡小学校**

ふりがな **ふくおか ほんな**  
氏名 **福岡 花子** (男・女) **(女)**

生年月日 **平成 18 年 8 月 8 日** (西暦) **(18) (8) (8)** (年齢)

現住所 **福岡市福岡町大野15** 電話番号 **64-300△**

保護者名 **福岡 太郎** 出生時の体重 **3005** g

1 これまでにかった病気について 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。

病名	現在の状況						医療機関名
	1年	2年	3年	4年	5年	6年	
心臓の病気( )							
腎臓の病気(ネフローゼ)	4	○					福岡病院
糖尿病(Ⅰ型・Ⅱ型)							
川崎病							
チユウマチ熱							
けいれん性の病気(てんかん)	2						
難聴(右・左)	○						福岡病院
斜視または斜視(右・左)							
麻痺(上肢)							
麻痺(三日月)							
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	3						
水痘(みずぼうし)							
手術( )							
その他( )							

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。

病名	現在の状況						最後の有難(○印)	
	1年	2年	3年	4年	5年	6年	年齢	歳
ぜんそく								
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 <b>生たまご</b> )	○	○						○
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。
- \* かかった病気はかくさず記入する。
- \* 母子手帳を参考にして、予防接種を正確に記入する。
- \* 該当学年の欄にはんこを押す。

氏名 **福岡 花子**

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。

予防接種名	接種年月日				接種状況					
BCG	19年 5月 10日				未接種					
麻疹・風しん	第1期	19年 8月 3日	第2期	24年 12月 6日	未接種					
流行性耳下腺炎	年	月	日	年	月	日	未接種			
水痘	年	月	日	年	月	日	未接種			
三種混合 (百日咳・破傷風・ジフテリア)	1回目	2回目	3回目	4回目	接種状況					
	19年10月/日	19年11月/日	19年12月/日	20年9月/日	未接種					
二種混合 (破傷風・ジフテリア)	年	月	日	年	月	日	未接種			
ポリオ	19年3月2日	19年9月/日	年	月	日	年	月	日	未接種	
日本脳炎	第1期初回	第1期2回目	第1期追加	第2期追加	接種状況					
	年	月	日	年	月	日	年	月	日	未接種
その他( )	年	月	日	年	月	日	年	月	日	未接種

4 現在の健康状態について 当てはまる項目に○をつけてください。

症状	現在の状況					
	1年	2年	3年	4年	5年	6年
①熱が出やすい						
②頭が痛い(痛くなる)						
③腹が痛い(痛くなる)						
④よく寝ていない						
⑤食二物の好き嫌が多い						
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ふことが多い						
⑩立っているとき足が震る(ふらふらする)						
⑪少し運動すると「どろろ」や「息切れ」がする						
⑫よく動き回り、注意も落ちやすい						
⑬ささいなことを気にする、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皮膚がカサカサしてかゆいことがある						
⑱眼を細めて見る						
⑳目やにが出る						
㉑目が赤(なや)やすい						
㉒目がかゆい、痛い						
㉓目が腫れやすい						
㉔会話中によく聞き返す						
㉕鼻血が出やすい						
㉖鼻がよつまる						
㉗鼻汁がでる						
㉘いびきをかく						
㉙のどが痛い(痛くなる)						
㉚声がかすれる						

保護者印 **福岡**

## 緊急受診カードの記入の仕方

**+** 緊急受診カード(小学生用)

学年 1 2 3 4 5 6

組 / /

番号 **3029**

保護者印 **福岡**

ふりがな **ふくおか ほんな**  
氏名 **福岡 花子** (男・女) **(女)** 18年 12月 12日 生

自宅住所 **福岡市 福岡町大野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**

連絡先  
父 氏名 **福岡 大** 電話番号 **64-300△**  
母 氏名 **福岡 中子** 電話番号 **64-3006**

勤務先・自宅以外の緊急連絡先 (あれば記入)  
氏名 **福岡 大(祖父)** ☎ **64-0X△X** 携帯電話番号 **090-XXXX-XXXX**

かかりつけ または 整形外科科 **福岡 病院** ☎ **64-XXXX** 皮膚科 **福岡** ☎ **64-XXXX**

応急処置を希望する 小児科 **福岡** ☎ **64-XXXX** 耳鼻科 **福岡** ☎ **64-XXXX**

医療機関 眼科 **福岡** ☎ **64-XXXX** 皮膚科 **福岡** ☎ **64-XXXX**

保険証の種類 (○で囲む) 記号 番号 保険者番号  
国保・社会・共済 **ほふこ** **905472** **34025840**

その他 **ほふこ**

血液型 **A**  
アレルギー **食物アレルギー(卵・牛乳・魚・そば・その他)**  
症状と対応方法など **せんそくにひびく。2年生から食べへら。3FJ1-fott。**

破傷風予防接種の有無 **(有)** (母子手帳を参考にして記入)

- \* 該当学年の欄にはんこを押す。
- \* 連絡先は必ず記入する。
- \* 訂正があるときは、赤で記入する。

訂正するところがないか、必ず確認をお願いします。

## 保健調査票の記入の仕方（6年）

保健調査票

姓・保名 ふくおかほなこ  
小学校名 高岡市立福岡小学校  
中学校名

ふりがな ふくおかほなこ  
氏名 福岡花子 (男・女)  
学年組番 小1年/組29番  
学年組番 中1年組番  
生年月日 平成17年12月12日  
小2年/組29番 中2年組番  
現住所 福岡町大野15  
小3年組番 中3年組番  
小4年組番 血液 A・B・O・AB  
小5年組番 液 RH (+・-)  
小6年組番 型

父 氏名 福岡大 中 ΔX0Δ  
勤務先 福岡中学校 64-0000  
母 氏名 福岡中子  
勤務先 福岡小学校 (64-3006)  
氏名 福岡大介  
氏名 福岡大介 電(64-0XΔX)

受けた予防接種について  
母子手帳を参考に接種年月日を記入して下さい。

・日本脳炎  
第1期追加 1回 年月日  
2回 年月日  
第2期追加(4年時) 年月日  
・百日咳・ジフテリア・破傷風混合(DPT)  
第1期追加 1回 15年9月3日  
2回 15年11月2日  
3回 15年12月7日  
第1期追加 2回 15年11月4日  
第2期追加(6年時2回追加) 年月日

・百日咳・ジフテリア・破傷風混合(DPT)  
第1期追加 1回 15年9月3日  
2回 15年11月2日  
3回 15年12月7日  
第1期追加 2回 15年11月4日  
第2期追加(6年時2回追加) 年月日

・ポリオ 15年5月24日  
15年9月20日  
・麻疹(はしか) 16年1月5日  
・風しん(3日しか) 16年3月5日  
・麻疹・風しん第1期 年月日  
・麻疹・風しん第2期 16年7月2日  
・水痘 年月日  
・おたふくかぜ 年月日  
・その他 年月日

・ツベルクリン反応 歳のとき  
(-・+・++・+++)  
反応 有・無  
(観・二観・三観・四観)  
・BCG 15年7月  
平常の体温 36.6  
・未熟児(保育器使用)  
・健康  
体重 2950g

今までに受けた予防接種

病名	学年	入学前	小学校	中学校
心臓病	0才			
腎臓病(ネフローゼ)				
リュウマチ熱				
ぜん息(慢性気管支炎)			3才00	
はしか				
風疹				
水痘				
おたふくかぜ				
アトピー性皮膚炎				
川崎病				
けいれん・ひきつけ				
自家中毒				
中耳炎				
鼻				
アレルギー性鼻炎				
アレルギー性結膜炎				
花粉症				
その他( )				
アレルギー性喘息			0才0	
アレルギー性鼻炎				
アレルギー性結膜炎				
花粉症				
その他( )				

その他 (手術や大きな病気、学校へ知らせてください)  
アレルギー性喘息 小2より小3まで  
アレルギー性鼻炎 小2より小3まで

・この調査票は、小1年～中3年まで使用しますので、大切に取扱い下さい。  
・健康管理及び指導に必要なことをご詳細に記入下さい。秘密を厳守します。

- \* 該当学年の欄に記入する。
- \* かかった病気はかくさず記入する。
- \* 母子手帳を参考にして、予防接種を正確に記入する。
- \* 該当学年の欄にはんこを押す。

現在の学年欄に該当するものには○印をつけ、該当しないものに / 印をつけて下さい。

氏名 福岡花子

項目	小 学 校						中 学 校						
	10	20	30	40	50	60	10	20	30	40	50	60	
・現在治療中の病気やけが(発病年月日)													
・現在の健康について心配なこと													
1 顔色が悪く青白い													
2 食欲がなく食べる量が少ない													
3 食物のすきらいがひどい													
4 元気がなくいつもだるそうである													
5 集会で姿勢が悪くなったり倒れたりする													
6 階段を昇ると息切れがし苦しくなる													
7 朝起きた時目がはぼぼたいた													
8 よくかぜをひく													
9 よく熱をだす													
10 よく頭が痛くなる													
11 よく腹が痛くなる													
12 しっしんがやすい													
13 じんましんになりやすい													
14 薬り物によいやすい													
15 歩き方がおかしい													
16 姿勢がいつもわるい													
1 目やにがよくでる													
2 目が疲れやすい													
3 目が充血しやすい													
1 耳だれが出る													
2 鼻がつまりやすい													
3 鼻汁がよく出る													
4 鼻血がよく出る													
5 のどがよく痛くなる													
6 声がかすめる													

保護者印 福岡 福岡

## 緊急受診カードの記入の仕方

緊急受診カード(小学生用)

学年 1 2 3 4 5 6  
組 / /  
番号 3029  
保護者印 福岡

● 病気や、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。  
● 記入用紙を保護のため本来の目的以外では、使用しません。

ふりがな 福岡花子  
氏名 福岡花子 (男・女) 17年12月12日生  
自宅住所 高岡市 福岡町大野15 64-0XΔO  
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

連絡先  
父 氏名 福岡大 福岡中学校 64-0000  
母 氏名 福岡中子 福岡小学校 64-3006  
勤務先・自宅以外の緊急連絡先 氏名 福岡大介(祖父) 64-0XΔX 携帯電話番号 090-XXXX-XXXX

かかりつけ または 整形外科 福岡 64-XXXX 内科 福岡 64-XXXX  
(外 科) 病院 64-XXXX  
小児科 福岡 64-XXXX 耳鼻科 福岡 64-XXXX  
(内 科) 病院 64-XXXX  
皮膚科 福岡 64-XXXX  
眼科 福岡 64-XXXX  
眼科 福岡 64-XXXX

保険証の種類 ( ) 番号 905472 保険者番号 34025840  
その他( ) はたし、ハ

血液型 A  
アレルギー あり 症状と対応方法など  
AB 食品アレルギー(卵・牛乳・魚・そば・その他) 2年生から食べられない  
RH (+・-) その他のアレルギー 3歳から食べられない

破傷風予防接種の有無 (有) ・ 無 (母子手帳を参考にして記入)

- \* 該当学年の欄にはんこを押す。
- \* 連絡先は必ず記入する。
- \* 訂正があるときは、赤で記入する。

訂正するところがないか、必ず確認をお願いします。