

秘

川口市立戸塚小学校

＜年度ごとに変更がある部分は
 斜筆でご記入ください。＞

新年度に記入してください。

この番号は、兄弟姉妹で共通に！

*この電話番号は、校務システム管理上、兄弟姉妹で共通にしてください。

○同居のご家族(本人以外のご家族は兄弟姉妹も含めお書きください。)

年度毎に替わる情報は、毎年更新をお願いします。

鉛筆で！

お子様の教育について、学校・担任へのご要望がございましたら、お書き下さい。

何かご要望等ありましたら、
記入をお願いします。

通学班

地区名



班番号

班

◇学校から自宅までの略図(地図の貼付可)

・自宅から学校までの道のり ()m 所要時間()分

略図(自宅:赤い○で囲む、通学路:赤線)

簡単で結構です。

学校と自宅の位置関係がわかる
ようにお願いします。

貼り付けでもけっこうです。



保健調査票(記入例)

<保護者の方へ>

- (1) この調査票はお子様の心身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ともに、在学中の健康管理の参考にするものです。個人情報の取扱いについては厳重に管理し、第三者に漏れることはありません。
- (2) この調査票は、緊急時に使用する場合がありますので、正確に記入してください。
- (3) この調査票は、6年間毎年健康診断前に記入していただきますので、大切に取扱ってください。
- (4) この調査票の項目以外に学校へ知らせておきたい点がありましたら、遠慮なく連絡してください。

学校名

川口市立 ○○ 小学校

学年	1年	2年	3年	4年	5年	6年
組	○	○	○	○	○	○
番号	○	○	○	○	○	○

ふりがな

かわぐち たろう

氏 名

川口 太郎 男・女

家 族 構 成			緊 急 連 絡 先	
ふりがな	かわぐち たろう		自宅住所	川口市〇〇町〇-〇-〇〇〇
本 人	川口 太郎 〇〇 年 〇 月 〇〇 日生		TEL	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
続 柄	氏 名	兄弟姉妹の生年月日	第1 川口 花 続柄(母)	第2 川口 一 続柄(父)
父	川口 一郎		(自・携・勤務先:)	(自・携・勤務先: 〇〇商事)
母	川口 花子		TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	TEL 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
弟	川口 次郎	〇〇年〇月〇日	第3 川口 源次郎 続柄(祖父)	第4 続柄()
			(自・携・勤務先:)	(自・携・勤務先:)
			TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	TEL

緊急時等、学校から連絡をする際に、記載された番号順に電話をかけます。
連絡先が変更された場合は、必ず学校へご連絡ください。

1.これまでにかった病気等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(○印)			医療機関名	服薬の有無(○印)	
		治療中	経過観察	治癒		有	無
①心臓病(病名 心室期外収縮)	10才		○		川口市立〇〇病院		○
②腎臓病(病名)							
③ひきつけ・てんかん							
④ぜんそく	3才			○			
⑤その他(病名)							
学校生活管理指導表、糖尿病連絡表、川崎病調査票の有無	心疾患用(有・無)	腎疾患用(有・無)	アレルギー疾患用(有・無)	糖尿病連絡表(有・無)	川崎病調査票(有・無)		
2.予防接種歴と既往歴と副作用歴	未接種	接種有	接種有	接種有	接種有	感染有	副反応有
①日本脳炎	○	1回目	2回目	3回目	4回目		
②3種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風)		1回目	2回目	3回目	4回目		
③4種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)		1回目	2回目	3回目	4回目		
④急性灰白髄炎(ポリオ)		1回目	2回目				
⑤二種混合(ジフテリア・破傷風)		1回目					
⑥MR(麻疹風疹混合ワクチン)		1回目	2回目				
⑦麻疹単独(はしか)	○	1回目	2回目				
⑧風疹単独(三日はしか)	○	1回目	2回目				
⑨水痘(水ぼうそう)		1回目	2回目			○	
⑩流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		1回目	2回目			○	
⑪小児用肺炎球菌	○	1回目	2回目	3回目	4回目		
⑫ヒブ(インフルエンザ菌b型・Hib)	○	1回目	2回目	3回目	4回目		
⑬ヒトパピローマウイルス(子宮頸がん)	○	1回目	2回目				
⑭		1回目	未接				
⑮							

治療中・経過観察中の場合は、必ず記入してください。

母子手帳などを参考に記入してください。

※「予防接種の記入方法」
・未接種の場合は未接種の欄に○を記入
・接種有の場合は接種した回数すべてを○で囲む
・感染したことがある場合は感染有の欄に○を記入
・予防接種の副反応がある場合は副反応有の欄に○及びその症状を記入

変更があった場合は、上から紙を貼ってご記入ください。

けがや病気のために、学校から直接病院を受診する際に必要となります。必ずご記入ください。

健 康 保 険 証	
種類	社・国・共 (○をつける)
記号・番号	〇〇〇 〇〇〇
発行機関	保険者番号 〇〇〇〇
	名 称 〇〇 〇〇 〇〇
有効期限	〇〇 年 〇 月 〇〇 日

かかりつけの医療機関があれば記入してください	
医療機関名	TEL
川口市立〇〇病院	〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇〇整形外科	〇〇〇-〇〇〇〇
△△婦科医院	〇〇〇-〇〇〇〇

氏名 川口 太郎

3.最近の健康状態・生活習慣について、次の事項で当てはまるものがあれば○を記入してください。

現在治療中または病院で経過観察を受けている病気やけが、その他家庭から学校に知らせておきたいことがあれば記入してください。

		小1	小2	小3	小4	小5	小6	
内科	1 食欲がなく、体							1年 アトピー性皮膚炎です。 汗をかくと悪化するので、 夏は、着替えを持たせます。 プールには入れません。 こちらには、 必ず押印を お願いします。
	2 頭痛・腹痛							
	3 下痢、便秘							
	4 動悸、めまい							
	5 疲れやす							
	6 急に立つとめ							
	7 貧血をおこしやす							
	8 乗り物酔いをする							
	9 アレルギーがある(原因 卵・大豆)							
皮膚科	10 肌がかゆくなりやすい							2年
	11 肌があれやすい、かぶれやすい							
	12 うみやすい、にきびがでやすい							
	13 体や手足にブツブツがでている							
	14 髪の毛に異常がある(頭シラミ、脱毛症等)							
	15 生まれつきのあざ、皮膚病がある							
	16 その他、気になる皮膚病がある(病名)							
耳鼻科	17 聞こえが悪い							3年
	18 発音で気になることがある、声がかれている							
	19 よく鼻水がでる							
	20 よく鼻がつまる							
	21 鼻血が出やすい							
	22 のどの腫れや痛みを伴う発熱が多い							
	23 普段口を開けている							
	24 いびきをかくことがある							
25 現在または定期的に治療中の病気がある()							4年	
眼科	26 黒板の字が見えにくい、遠くを見ると目を細める							
	27 色まがいをする							
	28 頭を傾ける、上目づかい、顔の正面で見ない							
	29 左右の視線がずれることがある							
	30 本を読むと目が疲れたり、頭痛がしたりする							
	31 目がかゆくなる、目やにが出る、目が赤くなる							
	32 目がかく、涙が出る							
	33 メガネ・コンタクトレンズを使用している							
歯科	34 コンタクトレンズ使用で、見にくい、充血、ゴロゴロする							5年
	35 現在または定期的に治療中の病気がある(病名)							
	36 歯が痛んだり、しめたりする							
	37 顎の関節が痛んだり音がしたりすることがある							
	38 口をあけづらいと思うことがある							
	39 かみにくい、食べにくいと思うことがある							
	40 歯並びやかみ合わせが気になる							
	41 口のにおいが気になる							
整形外科※	42 歯ぐきから血が出る							6年
	43 現在歯列矯正をしている							
	44 背骨が曲がっている							
	45 腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがある							
	46 腕、脚を動かすと痛みがある							
	47 腕、脚に動きの悪いところがある							
	48 片脚立ちが5秒以上できない							
	49 しやがみこみができない							

お子さまの該当する
学年の欄にのみ
ご記入ください。

裏面を参照して
ご記入ください。

※整形外科の項目を記入される時は、保健調査票裏面のチェックポイントをご参照ください。

「保健調査票」整形外科項目（設問44～49）のチェックポイント

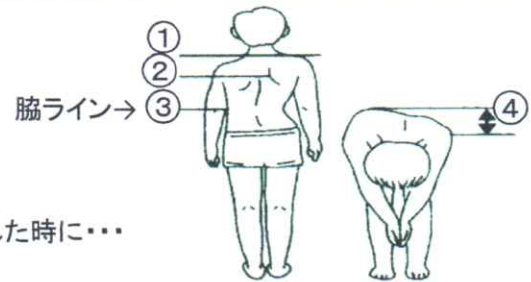
44. 背骨が曲がっている

直立した姿勢で後ろから見た時に・・・

- ①両肩の高さに違いがあるか？
- ②両肩甲骨の位置、高さに違いがあるか？
- ③脇ラインが左右で差があるか？

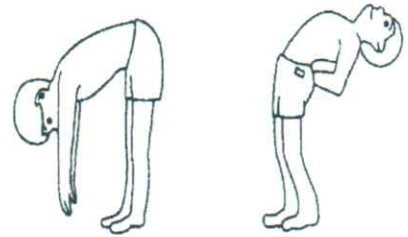
両側の手の平を合わせて両足の中央に手が来るように前屈した時に・・・

- ④背面（肋骨及び腰）の高さに左右で違いはあるか？



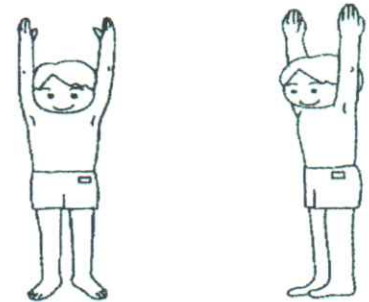
45. 腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがある

身体を曲げたり、反らしたりした時に腰に痛みがあるか？



46. 腕、脚を動かすと痛みがある

- ①両腕をバンザイした時に、腕が耳につくか、または痛みがあるか？
- ②膝を曲げたり伸ばしたり（屈伸）した時に、膝のお皿の下あたりに痛みがあるか？



47. 腕、脚に動きの悪いところがある

手のひらを上にして両肩の高さまであげて・・・

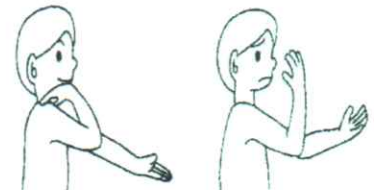
- ①完全に腕が伸びているか、また、左右の差はないか？

肘を曲げた時に・・・

- ②肘が完全に曲がるか、または手指が肩につくか？

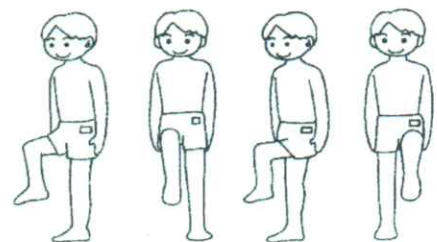
膝を曲げ伸ばし（屈伸）した時に・・・

- ③うまく曲げられない、または動きが悪い、ひっかかるなどの症状があるか？



48. 片脚立ちが5秒以上できない（左右交互にやってください）

片脚立ちすると体が傾いたり、ふらついたりしないか？



49. しゃがみこみができない

足の裏を全部床につけて完全にしゃがめるか？

