



令和7年4月 No1

墨田区立第三吾嬬小学校

校長 川中子 登志雄

保健室

保護者の方へ

お子様のご進級・ご入学おめでとうございます。新学期が始まりすぐに身体計測や健康診断があります。調査票は健康診断の資料にいたします。結核検診問診票、運動器検診問診票と合わせて、記入もれのないようにしてください。なお、**全学年4月14日(月)**までに、担任へ提出してください。

〈保健調查票〉

各学年の記入をお願いします。表・内側(2面)・裏の4面すべてに記入してください。

組・番・印も 忘れずに！	<p>緊急連絡先は、 ①→③の順に連絡 がつきやすい番号 を記入してください</p>	<p>保健調査票 この「保健調査票」は、緊急時や定期健診の参考にするためのものです。保護者の方が記入できるだけ正確に記入ください。毎年、改めての記入にはお困りになりますが、その時に確認、再記入をお願いします。 緊急連絡先や家族構成などの変更がありましたら、直ちにお知らせください。 (※高齢者等で記入が困難な場合は、お子様と一緒に記入して下さい。)</p> <p>なお、万に備え、体格検査に記載された内容を教職員全員で共有し、緊急時には、巡回者、救急隊及び医療機関に情報提供し、速やかに必要な処置ができるよう体格を観察したいと考えておりますので、重要な変更がある場合はお手数ですがお問い合わせ下さい。</p>				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">ふりがな 名 姓 ()</td> <td style="width: 50%;">生年月日 平成 年 月 日生 健保保険料の種類 国庫・社保・共済・その他 () + 税 変更ありましたら、ご連絡ください。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">年 組 番 保護者印</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">1年 2年 3年 4年 5年 6年</td> </tr> </table>			ふりがな 名 姓 ()	生年月日 平成 年 月 日生 健保保険料の種類 国庫・社保・共済・その他 () + 税 変更ありましたら、ご連絡ください。	年 組 番 保護者印	1年 2年 3年 4年 5年 6年
ふりがな 名 姓 ()	生年月日 平成 年 月 日生 健保保険料の種類 国庫・社保・共済・その他 () + 税 変更ありましたら、ご連絡ください。					
年 組 番 保護者印	1年 2年 3年 4年 5年 6年					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">連絡先 名 ()</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">連絡の意りやすい順にお書きください。 携帯電話 () 動電話 () 携帯電話 () 動電話 () 携帯電話 () 動電話 () 携帯電話 () 動電話 ()</td> </tr> </table>			連絡先 名 ()	連絡の意りやすい順にお書きください。 携帯電話 () 動電話 () 携帯電話 () 動電話 () 携帯電話 () 動電話 () 携帯電話 () 動電話 ()		
連絡先 名 ()	連絡の意りやすい順にお書きください。 携帯電話 () 動電話 () 携帯電話 () 動電話 () 携帯電話 () 動電話 () 携帯電話 () 動電話 ()					
<p>は、子どもの病気やけが等により緊急時の対応に用てるため、「保健調査票」に記載された内容を最もよく覚えることと、また、併せて、救急隊及び医療機関に情報を提供することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日 保護者署名 印</p>						

1. アレルギーについて（ここ1年間の様子で生じる項目に○をつけてください。）						
※ 例：アレルギーフィルム等の表示が付いている商品、別途説明欄に記入する場合は、必ず併記して下さい。						
必ず記入をお願いします。記入漏れがある場合は、該当箇所を複数回記入して下さい。						
アレルギー項目	1年	2年	3年	4年	5年	6年
甲状腺疾患	<input type="checkbox"/>					
甲状腺過剰機能症	<input type="checkbox"/>					
甲状腺不全	<input type="checkbox"/>					
甲状腺炎	<input type="checkbox"/>					
喘息（　あら　ない　）	<input type="checkbox"/>					
花粉アレルギー	<input type="checkbox"/>					
花粉症	<input type="checkbox"/>					
アドrenaline過剰症	<input type="checkbox"/>					
高血圧（アレルギー性）	<input type="checkbox"/>					
アレルギー性鼻炎	<input type="checkbox"/>					
アレルギー性皮膚炎	<input type="checkbox"/>					
その他	<input type="checkbox"/>					
（記入欄）						
備考欄1： 上記内に記入できませんでしたら、具体的に入力してください。						
（例）他の商品との併用によってよくならなかった。シルバーアクセサリーの商品とよく○○○が合った。						
備考欄2： アフターケラミック(表面)、アクリル等に付いて、始めておきたいことを具体的に入力してください。						
医療的影響を(表面)についてなど) 受けている　受けていない						
既往歴（　）　食（　）						

2. 病気やけがについて		
該当するものがありましたら、必要事項を記入してください。		
病名	診断年月	発症の様子（○印）
心臓病	<input type="checkbox"/>	持続中・定期検査・定期服薬（○印）
腎臓病	<input type="checkbox"/>	持続中・定期検査・定期服薬（○印）
糖尿病	<input type="checkbox"/>	持続中・定期検査・定期服薬（○印）
高血圧	<input type="checkbox"/>	持続中・定期検査・定期服薬（○印）
喘息（　あら　ない　）	<input type="checkbox"/>	持続中・定期検査・定期服薬（○印）
アレルギー性鼻炎	<input type="checkbox"/>	持続中・定期検査・定期服薬（○印）
アレルギー性皮膚炎	<input type="checkbox"/>	持続中・定期検査・定期服薬（○印）
その他	<input type="checkbox"/>	持続中・定期検査・定期服薬（○印）
その他他の病歴やけがは（　）既往の様子など（　）		

3. ふだんの様子		平素()で						
当時はまるに〇をつけしてください。								
依 頼 承 認 入 日	学年	上園	中園	先園	4年	5年	6年	在園
		■	□	△	■	□	△	■
下記の項目に該当するものはありますか?								
あきらめやあきらめを起こす								
少しの間寝ぼけたり起きあきは興味が薄れがち								
少しの間寝て起きてしまってしまう								
朝起きたら寝込みなどでうつせ腰子が悪い								
寝起き								
寝起きが長い								
寝起きが長いことが多い								
寝起きが長いこと多い								
起きあきや起きあき								
特に寝起きが長い								
目覚めにくさですか?								
目覚めが悪い								
朝起きたら寝込みで起きあきがちですか								
自分でぐてて起きあき感のあります								
朝起きたときに起きあき感								
朝起きたときに起きあき感								
▲ いつの間にか起きている								
いつの間にか起きている								
朝起きあきやすい								
朝のどの寝起きをなさず								
朝のどの寝起きをなさず								
朝のどの寝起きをなさずある								
寝起きが原因になる								
寝起き								
○その他 睡眠状態について、気になる点を知らせておきたいことを記入してください。								
1年								
2年								
3年								
4年								
5年								
6年								

〈結核檢診問診票〉

質問1～5は全員ご記入ください。1年生、および転入生は質問6までありますので、忘れずにご記入ください。

◆1年生と墨田区外からの転入生、外国からの帰国者は学年に問わらずご記入ください。

質問 6	この手帳は、今まででCの手帳（スクエアの手帳横幅）を受けた ことがありますか？手帳を二冊購入ください。	BCG手帳を受けた 受けない	[その他理由を書きください] □ 内容に従じたため、受けられなかった。受けたものを受けている。
備考欄	△	給付種別検査充実割引 学校医 意見等	給付種別検査充実・要検討 学校医 意見等 給付種別検査充実・要検討 学校医 意見等 給付種別検査充実・要検討 学校医 意見等 給付種別検査充実・要検討 学校医 意見等

網掛けの部分必ずご記

入ください。

※質問5と質問6の記

入漏れが多いので忘れ

必ずご記入ください！

※裏面もご確認ください→

〈運動器検診問診票〉

お子さんの様子をみていただき保護者欄にご記入ください。裏面脊柱側わん症については、ご家庭でチェックしていただき、異常なしの場合は、斜線／を引いてください。

運動器検診（四肢の状態）・脊柱側わん症スクリーニング表																																																																																												
児童氏名		男 女																																																																																										
1年	2年	3年	4年	5年	6年																																																																																							
1. 運動器検診（四肢の状態）																																																																																												
①～⑥の症状について、該当するものに○をご記入ください。 ⑦について、2歳児以上痛みの強く部位がありましたら、その部位の記号をご記入ください。 また、裏面のスケーリング（例：評議3等）についてもご記入ください。																																																																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">症 状</th> <th>学 年</th> <th>1年</th> <th>2年</th> <th>3年</th> <th>4年</th> <th>5年</th> <th>6年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">①～⑦ 全て該当なし</td> <td>保護者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">⑧ 体をそりたり、曲がりしたりしたときに 特に痛みがある。</td> <td>保護者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">⑨ 片脚立ち（5秒間）すると脚が痛むたり、 ふらついたりする。</td> <td>保護者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">⑩ 足の裏を全く床につけて先にしゃがめない (足は開いててもよい)</td> <td>保護者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">⑪ 腹が完全に伸びない、先手に曲がらない (腹が太にかかない)</td> <td>保護者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">⑫ バレーデイしたときに、両脚が直立つかない</td> <td>保護者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">⑬ お身身・腰痛・筋肉などの痛みが 出ている。 「出た」と思っている。 「出た」と思っていない。</td> <td>保護者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7"> </td> </tr> <tr> <td colspan="7"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> </tr> </tbody> </table>							症 状		学 年	1年	2年	3年	4年	5年	6年	①～⑦ 全て該当なし		保護者							⑧ 体をそりたり、曲がりしたりしたときに 特に痛みがある。		保護者							⑨ 片脚立ち（5秒間）すると脚が痛むたり、 ふらついたりする。		保護者							⑩ 足の裏を全く床につけて先にしゃがめない (足は開いててもよい)		保護者							⑪ 腹が完全に伸びない、先手に曲がらない (腹が太にかかない)		保護者							⑫ バレーデイしたときに、両脚が直立つかない		保護者							⑬ お身身・腰痛・筋肉などの痛みが 出ている。 「出た」と思っている。 「出た」と思っていない。		保護者														<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
症 状		学 年	1年	2年	3年	4年	5年	6年																																																																																				
①～⑦ 全て該当なし		保護者																																																																																										
⑧ 体をそりたり、曲がりしたりしたときに 特に痛みがある。		保護者																																																																																										
⑨ 片脚立ち（5秒間）すると脚が痛むたり、 ふらついたりする。		保護者																																																																																										
⑩ 足の裏を全く床につけて先にしゃがめない (足は開いててもよい)		保護者																																																																																										
⑪ 腹が完全に伸びない、先手に曲がらない (腹が太にかかない)		保護者																																																																																										
⑫ バレーデイしたときに、両脚が直立つかない		保護者																																																																																										
⑬ お身身・腰痛・筋肉などの痛みが 出ている。 「出た」と思っている。 「出た」と思っていない。		保護者																																																																																										
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																												
2. 運動器検診（四肢の状態）・脊柱側わん症スクリーニング表																																																																																												
学年	スポート種	専門医受診歴																																																																																										
1年																																																																																												
2年																																																																																												
3年																																																																																												
4年																																																																																												
5年																																																																																												
6年																																																																																												
2. 脊柱側わん症																																																																																												
側わん症は年齢と共に見出し、早期に治療をうけることが必要です。 下記を参考に、該当するものに○をご記入ください。																																																																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">症 状</th> <th>1年</th> <th>2年</th> <th>3年</th> <th>4年</th> <th>5年</th> <th>6年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">下記の項目全てに該当なし</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">脊椎の姿勢が悪い</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">① 背肩の高さが違う</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">② 腰骨骨下端の高さが違う</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">③ 脊骨が曲がっている</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">④ ウエストラインが左右均等でない</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">⑤ おじぎをした時の腰骨及び腰の高さが違う</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							症 状		1年	2年	3年	4年	5年	6年	下記の項目全てに該当なし								脊椎の姿勢が悪い								① 背肩の高さが違う								② 腰骨骨下端の高さが違う								③ 脊骨が曲がっている								④ ウエストラインが左右均等でない								⑤ おじぎをした時の腰骨及び腰の高さが違う																													
症 状		1年	2年	3年	4年	5年	6年																																																																																					
下記の項目全てに該当なし																																																																																												
脊椎の姿勢が悪い																																																																																												
① 背肩の高さが違う																																																																																												
② 腰骨骨下端の高さが違う																																																																																												
③ 脊骨が曲がっている																																																																																												
④ ウエストラインが左右均等でない																																																																																												
⑤ おじぎをした時の腰骨及び腰の高さが違う																																																																																												
（脊柱側わん症の特徴） <ul style="list-style-type: none"> ● 正常な脊柱は、後ろからみると、まっすぐで頸への曲りはほとんどない。 ● 倒れ込む形になると、脊骨が横に曲がり、さらにはねじれてくる。 ● 倒わん症は、痛みなどの自覚症状がほとんどないので、知らない間に進行していることがある。 ● やせ形の子どもが多い。 																																																																																												



月日	曜日	行事
10	木	身体計測（5. 6年生）
11	金	身体計測（3. 4年生）
14	月	身体計測（1年生）
15	火	身体計測（2年生）
16	水	視力計測（6年生）
17	木	視力検査（5年生）
18	金	視力検査（4年生） 尿検査（全学年）
21	月	視力検査（3年生）
22	火	視力検査（1・2年生） 尿検査（追加）
23	水	眼科検診（全学年）
30	水	聴力検査（3年生）

