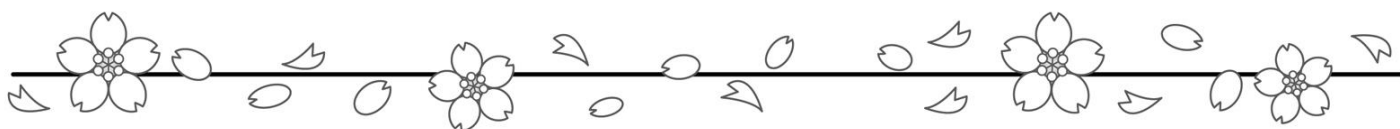


ほけんだより4月

令和7年度4月7日
新宿区立愛日小学校
保健室

ご入学おめでとうございます。色とりどりの花が次々に開く春。自然の躍動を、子どもたちも全身で感じているのではないのでしょうか。そんな草木に負けないよう、元気にスタートしてほしいと願っています。

「ほけんだより」では、保健行事や体や心の健康などについて、お知らせいたします。ご家庭でお子様とお読みください。



健康診断が始まります！

健康診断では、いろいろな検診・検査をして体が健康かどうか調べます。

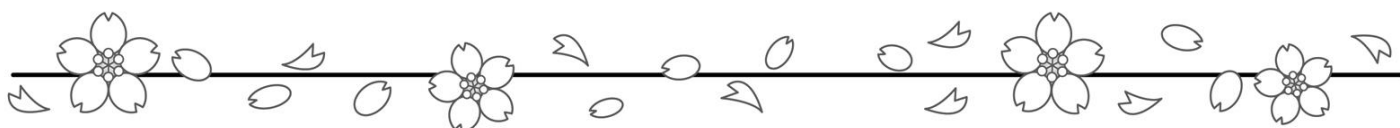
検査名	内容	検査名	内容
身体測定	身長・体重、成長の様子はどうか	眼科	目や目の周りに異常や病気がないか
内科	心臓・肺、皮膚に様子、栄養がとれているか	視力	目がどれくらいみえているか
運動器	手や足、骨・関節等に異常や病気がないか	聴力	耳がどれくらいきこえているか
歯科	歯・顎、歯肉(歯茎)に異常や病気がないか	結核	「結核」という病気の疑いがないか
耳鼻科	耳・鼻・のどに異常や病気がないか	尿	腎臓病、糖尿病等の疑いがないか

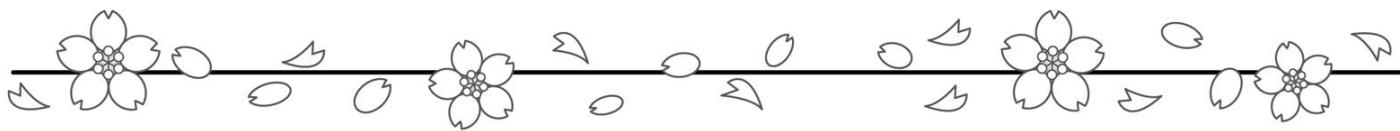


4月の日程	1年生の健康診断内容	必要なこと
9日(水)	発育測定	体操着
17日(木)	視力検査	メガネ
21日(月)	1次尿検査	朝1番尿
22日(火)	1次予備尿検査(21日未提出者)	朝1番尿
25日(金)	聴力検査	耳掃除

☆ 今年度お世話になる学校医・学校歯科医・学校薬剤師の先生方の紹介 ☆

【内科】大沼 圭 先生	(曙橋よつばファミリークリニック Tel: 6280-7158)
【眼科】小野 眞史 先生	(小野眼科医院 Tel: 3260-7044)
【耳鼻科】岡田 行弘 先生	(矢来町耳鼻いんこう科医院 Tel: 5225-0287)
【歯科】坂本 英一郎 先生	(坂本歯科クリニック Tel: 3269-4065)
【薬剤師】千代田 仁 先生	(千代田薬局 Tel: 3235-4708)





～ 健康診断についてお知らせ ～

☆検査の結果は以下の通りでお知らせします。

所見有り→「〇〇検診のお知らせ」を配布 ・ **異常なし**→転記後健康カードにてお知らせ

☆内科検診では、脊柱、胸郭、皮膚疾患、心臓の疾病及び異常の有無を検査いたします。正確な診察のため、体操着等をめくって視触診し聴診器で確認いたします。児童のプライバシーや、他の児童に結果等が知られることがないように検査会場に配慮しつつ実施していきます。

☆内科・耳鼻科・眼科・尿検査・心臓検診を欠席された場合、他学年実施日に臨時欠席者検診で検査をします。この検診も受けられなかった場合、学校から「**定期健康診断の未検査について**」の書類をお渡しします。受け取りましたら保護者が学校医のもしくは他医療機関を受診してください。受診が済み、学校に結果報告があるまでは、水泳指導には参加できません。学校医のクリニックを受診する場合は、一度「定期健康診断できました」と連絡してください。

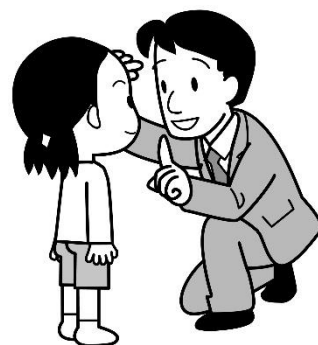
☆眼科検診で「アレルギー性結膜炎・結膜炎」と、「お知らせ」が配布されたご家庭は水泳指導が始まるまでに受診結果連絡票の提出をお願いします。

いただけなかった場合、**プール前眼科検診(6月11日(水))の対象になります。**

新しい環境の中で、子どもたちは緊張する機会が多くなります。お子さんが楽しく、元気に学校生活を送れるように、また、病気や異常の早期発見のためにも、登校前の健康観察をお願いします。

ココをチェック！

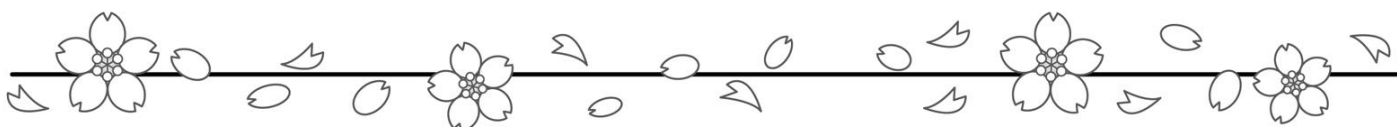
- | | |
|---|---|
| ☒ ぐっすり眠れている | ☒ 発熱していない |
| ☒ 朝ごはんを食べた | ☒ 表情は明るい |
| ☒ いつもと変わりがなく元気そう（頭やお腹などを痛がる様子がない） | |



もしお子さんの体調面や心理面で何か気にかかることがありましたら、担任・養護教諭にもご相談ください。

☆☆☆☆よろしく願いいたします☆☆☆☆

お子様のご入学おめでとうございます。初めまして。今年度より愛日小学校に参りました、〇〇と申します。これからみなさんが元気に学校生活を過ごせるよう保健室から心と体の健康をサポートしていきたいと思います。ほけんだよりでは、愛日小の保健に関する取組、健康診断関係、健康情報を載せてHPや「すぐー」で配信していきますので、ぜひお子さんと一緒にご覧ください。どうぞよろしくお願いいたします。



保健関係書類は、お子さんの健康状態の共有、保護者の方との連絡や相談、健康診断の参考資料として活用します。毎年進級時に確認・追加を記載していただき、6年間使用します。御記入をお願いします。

記入箇所 表面：クラス、番号、上の欄すべて、下の欄 1 年欄 裏面：名前・1 年欄○

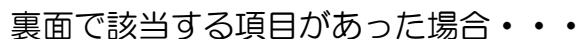
○「※健康面に関して伝えたいことがあります
したらご記入ください。」は、
例)・アトピーで通院中
・メガネ使用(座席配慮希望)
・月経随伴症状があり配慮が必要 等
ありましたらご記入ください。

○緊急連絡先は1番から優先順位で御記入ください。

○母子手帳等も参考にしながら、記入漏れのないよう御記入ください。
表面の下の欄と裏面は、新学年のところに記入してください。

裏面 整形外科関係の項目（21～25）について

○以下の説明イラストを参考にしながら、保護者の方がお子様の状態を確認してください。その結果、該当する場合は、○印をお願いいたします。



内科検診時、校医に伝え検査を受けます。学業を行うのに差支えがあるような異常があり、今回初めて気付いた、医療機関で相談したことがない場合などは、必要に応じ専門医の受診指示が出されることがあります。

2. 結核検診問診調査票（水色）・・・対象：全学年

記入箇所 **表面**：クラス、名前、番号、誕生日 **裏面**：左側全て 右は1年欄



結核検診 問診調査票

〒 市 区 町 丁目 番 号

〒 市 区 町 丁目 番 号

〒 市 区 町 丁目 番 号

結核検診問診調査票

子どもたちが安心して通える学校生活を過ごすには、健康を守るだけでなく、

結核にかかっている児童に人ごとなく、学校においては見逃し検診が必要であります。

この検診は、お父さん・お母さんや学校の先生と一緒に、お子さんの健康の調子について、保護者のための検診になります。

ため、この調査票は、児童健康記録の項目のうち健康相談科にお送りいたします。

学 校 長

新潟県立 愛 日 小学校

結核検診問診調査票

子どもたちが安心して通える学校生活を過ごすには、健康を守るだけでなく、

結核にかかっている児童に人ごとなく、学校においては見逃し検診が必要であります。

この検診は、お父さん・お母さんや学校の先生と一緒に、お子さんの健康の調子について、保護者のための検診になります。

ため、この調査票は、児童健康記録の項目のうち健康相談科にお送りいたします。

学 校 長

〒 市 区 町 丁目 番 号

〒 市 区 町 丁目 番 号

〒 市 区 町 丁目 番 号

結核検診問診調査票

子どもたちが安心して通える学校生活を過ごすには、健康を守るだけでなく、

結核にかかっている児童に人ごとなく、学校においては見逃し検診が必要であります。

この検診は、お父さん・お母さんや学校の先生と一緒に、お子さんの健康の調子について、保護者のための検診になります。

ため、この調査票は、児童健康記録の項目のうち健康相談科にお送りいたします。

学 校 長

○左ページに保護者名を御記入ください。また、BCG 接種歴についても記入漏れのないうち御記入ください。右ページについては、1 年の欄に「5 問」御回答ください。

3. 心臓検診調査票・・・対象：1年生、該当児童

心臓検査調査票

◆記入上の注意◆
 ・検査順序の方向に記入ください。
 ・家族1人1人の手術に回答してください。
 ・診断書内容は、この検査の目的范围内は利用いたしません。

お申し込みの用紙
☐ はい ☐ いいえ 変更不可となります

質問-1 検査を受ける目的は何かあると考えられますか？

はい → 質問2へ
 いいえ → 下記の1から3の問にすべてお答えください

(1) それはいづ、どこで調べられましたか？
 病院 年 月 日

(2) 病名は何と言われましたか？
 病名 _____

(3) それどうしていますか？（あくは出来る範囲で手術勧誘するにお答えください）
 a. 手術後の経過、心臓に異常はないと言われた
 手術 年 月 日

b. 心臓の手術を受けた
 病名 _____
 病院 年 月 日

c. 手術後経過 _____

(4) 現在、心臓の病気で定期的に医療機関や学校検診を受けている
 病名 _____

(5) 定期検診を受けるように言われているが受けていない
 定期検診 年 月 日 病院 年 月 日

◆END◆

〒 市 区 立 小 学 校

学年 年 月 日 性別 性別 学年 月 日 性別 性別

質問-2 「川崎病」にかかったことがありますか？

はい → 質問3へ
 いいえ → 下記の1から3の問にすべてお答えください

(1) それはいづ、どこで調べられましたか？
 病院 年 月 日

診断書内容：
 (はい) (いいえ)

(2) 現在、川崎病や心臓病に医療機関で診察されていますか？
 (はい) (いいえ)

質問-3 過去1年以内に、お子様が以下のような病気がありましたか？

(1) 何もしないに病に転移がする（心臓が下り下る）
 (はい) (いいえ)

(2) 眼が赤い（とまると）
 (はい) (いいえ)

(3) 口を開けたことがあ（口を開けたら口が腫れた）
 (はい) (いいえ)

質問-4 血腫症（お子様の両親、兄弟姉妹、祖父方、おじおば）に40歳以下で
 (はい) (いいえ)

→ 心臓病入院 川崎病検査結果を提出していただく方へ

1. 検査結果表（あり・なし） 2. 検査結果表（手術・心臓・心臓・心臓） 3. 心臓病、心臓病（あり・なし） 4. 検査結果表

5. 検査結果表、検査結果表の検査、検査結果表を提出する検査結果表に記入していただく方へ

○学校名、学年、クラス、番号、氏名、誕生日
(年齢)、質問1～質問4をご記入ください。

○**質問3**については、(1)～(3)まで全てお答えください。

○保健調査票の裏面にも心臓疾患に関する調査がありますので御記入ください。

4. 尿検査セット・・・対象：全学年

○今後尿検査セットが各クラスで配布されます。回収当日4月21日(月)の朝1番で尿をとったか確認していただき、セットを持たせ登校させてください。忘れた場合、確認のため学校より連絡がある場合があります。

番号記入のお願い

- ・配布した資料全てのクラス・番号は、入学式当日に配布したクラス名簿を参考にご記入ください。

【秘】保健調査票・結核検診問診調査票・心臓検診調査票（1年生該当児童のみ）は、

配布時に受け取られた〈保健関係提出物封筒〉に入れて

4月15日(火)までに担任へ提出してください。

