

ご進級おめでとうございます。初々しい一年生をむかえて、新年度が始まりました。「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。ご家庭でお子さんとお読みください。

健康診断が始まります！

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月の健康診断日程 ～

日付	曜日	内容	学年	持ち物	日付	曜日	内容	学年	持ち物
9	火	身体計測	2・4・6年若竹	体操着	18	木	視力検査	1年	眼鏡
10	水	//	1・3・5年	//	19	金	聴力検査	5年・若竹	耳掃除
11	木	視力検査	6年・若竹	眼鏡	23	火	尿検査	全学年	尿検査キット
12	金	//	5年	//	24	水	尿検査(予備日)	該当児童	尿検査キット
15	月	//	4年	//	25	木	内科検診	1・3・5年・若竹	体操着
16	火	//	3年	//	26	金	聴力検査	3年	耳掃除
17	水	//	2年	//	30	火	//	2年	耳掃除

～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たりす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・耳・眼・尿検査を欠席された場合、他学年実施日か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クリニックを受診してもらいます。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。受診前には、一度「定期健康診断できました」とクリニックにご連絡してください。

☆眼科検診で「アレルギー性結膜炎・結膜炎」等、「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19日)の対象になります。

～ 愛日小学校学校校医の先生 ～

【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)



～保護者の方へ～

お子様のご進級おめでとうございます。養護教諭の福本麻里（ふくもとまり）です。愛日小学校にきて今年で3年目となりました。引き続き、愛日小の子供たちが元気に学校生活を過ごせるよう保健室から見守っていきたいと思います。保健に関する取組、健康診断関係、健康情報を、「ほけんだより」に載せて発信していきます。よろしくお願いします。

●けがをしたとき

数年前から「湿潤療法」という方法でけがの処置が行われている医療機関が増えています。消毒することで「本来子供のもつ免疫細胞まで殺菌してしまう」という理由から、使用は減少しています。愛日小としては、

①しっかりと水道水で汚れを落とす。

②ガーゼやばんそうこうで傷を保護するという方法をとります。けがについては、学校で起こったものに対しては、手当てをし、医療機関の受診を必要とする場合、ご家庭にご連絡いたします。家でのけがや休日でのけがの処置、継続的な治療（湿布や絆創膏の張り替えなど）はできませんので、お家での対応をお願いします。

③学校でおきたけがで医療機関を受診した場合、「独立行政法人日本スポーツ振興センター」の給付対象になる場合があります。書類が必要な場合、担任もしくは養護教諭にお問合せください。

●学校感染症治癒証明証（登校許可書）について

安静と集団感染の恐れがある以下の感染症は、欠席にはならず、「出席停止」扱いになります。その際には、医師の印が押された「学校感染症治癒証明証（登校許可書）」を持たせて登校してください。証明書のご提出がない場合、再度病院に記入いただいてからの登校になります。証明書は、学校・医療機関（費用がかかる場合があります）・学校HPからダウンロードできます。また、新宿区教育委員会HP「学校感染症治癒証明証（登校許可書）について」の「新宿区学校医・医療機関一覧」に掲載のある医療機関で証明書を作成した場合、公費負担となりますので、保護者負担はありませんが、新宿区学校医以外の医療機関で作成した場合は、費用がかかる場合があります。

●季節性インフルエンザと新型コロナウイルス感染症について

文部科学省より、医療のひっ迫を回避するため新型コロナウイルスのほか、季節性インフルエンザ感染後登校するに当たり医療機関が発行する検査結果や治療の証明を求めないと通知があり、上記の感染症については学校感染症治癒証明証（登校許可書）の提出は不要となります。（令和4年11月～）

●薬について

保健室では、原則薬は与えません。また、医療機関で処方された薬（市販薬は含まない）で、学校で飲ませる場合、注意事項・服薬時間・朝の服薬時間・体調などの子供の様子を、必ず連絡帳等で担任・養護教諭にお知らせください。また、こちらからも指導しますが、子供1人で薬を飲ませるのではなく、必ず大人の前で飲むようにと、ご家庭でもお話ください。



保健関係書類の提出について

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。

1. ①保健調査票(黄色)・・・対象：全学年

記入箇所 表面：クラス・番号・訂正箇所 裏面：学年欄に○

保健調査票 この調査票は自治体から送付されます。調査結果が自治体の保健活動などに利用されます。 ご本人から送付される、健康調査などとは異なりますのでご注意ください。 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="padding: 2px 5px;">学年</th> <th style="padding: 2px 5px;">1</th> <th style="padding: 2px 5px;">2</th> <th style="padding: 2px 5px;">3</th> <th style="padding: 2px 5px;">4</th> <th style="padding: 2px 5px;">5</th> <th style="padding: 2px 5px;">6</th> </tr> <tr> <th style="padding: 2px 5px;">性別</th> <td colspan="6"></td> </tr> </table>		学年	1	2	3	4	5	6	性別						
学年	1	2	3	4	5	6									
性別															
本人情報 氏 名 _____ 男 _____ 女 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 住 所 _____ 電話番号 _____ 保護者氏名 _____ 保護証 国保 社保 共済 その他 () _____	にかかったことのある病気、手術など記入してください。 心臓病 () 歯 痛 () 遺 尿 () 胃 病 () 貧 血 () ぜんそく () その他お名前を記入してください () その他のお病名 () その他のお病気 () 現在お薬を服用しているお薬を記入してください。 名称 (お薬の正式名称) 剤 形 投 与 量 服用 回数 (1日何回) 備 考														
自己記入の検査結果 2.尿検査 尿糖 尿蛋白 尿潜血 尿糖 尿蛋白 尿潜血 尿糖 尿蛋白 尿潜血 3.尿検査 尿糖 尿蛋白 尿潜血 尿糖 尿蛋白 尿潜血 尿糖 尿蛋白 尿潜血 3.尿検査 尿糖 尿蛋白 尿潜血 尿糖 尿蛋白 尿潜血 尿糖 尿蛋白 尿潜血	4.アレルギー検査 アレルギー検査の結果を記入してください。 アレルギー検査の結果を記入してください。 アレルギー検査の結果を記入してください。 アレルギー検査の結果を記入してください。 アレルギー検査の結果を記入してください。														
生活習慣 喫煙 喫煙 (喫煙の回数) 喫煙 (喫煙の回数) 喫煙 (喫煙の回数) 喫煙 (喫煙の回数) 喫煙 (喫煙の回数) 喫煙 (喫煙の回数) (1日何回) (1日何回) (1日何回) (1日何回) (1日何回) (1日何回)	5.運動習慣 運動習慣 (運動の種類) 運動習慣 (運動の種類) 運動習慣 (運動の種類) 運動習慣 (運動の種類) 運動習慣 (運動の種類) 運動習慣 (運動の種類) (1日何回) (1日何回) (1日何回) (1日何回) (1日何回) (1日何回)														
注意事項 1. 調査票に記入がつかない場合は、必ず記入してください。 2. 調査票に記入がつかない場合は、必ず記入してください。 3. 調査票に記入がつかない場合は、必ず記入してください。 4. 調査票に記入がつかない場合は、必ず記入してください。 5. 調査票に記入がつかない場合は、必ず記入してください。															

○訂正箇所がある場合は、変更がわかるよう
にご記入ください。

例) 赤で記入

例) ~~さば~~→じんましん 完治 等

○新たに学校に知らせておきたい事がある場合は「※健康面に関して伝えたいことがありますでしたらご記入ください。」にご記入ください。

例)・アトピーで通院中

・メガネ使用(座席配慮希望) 等

○勤務先が変更になる場合、担当部署(○○課・内線番号)等記入してください。

☆年度途中でも、連絡先等が変更になった場合は担任に速やかにお知らせください。

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。



裏面で該当する項目があった場合・・・

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、番号、 裏面：左側(未記入の場合) 右側は該当学年欄

○この問診票は小学校卒業後も学校で5年間保存します。

3. 心臓検診調査票・・・対象：該当児童、今まで1度も受けていない児童

○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。

☆本校に転入されたお子様で、小学校に入学されてから一度も心電図検査を受けたことがない方は、今回検査対象となります。連絡帳にて担任まで「心電図検査希望」の旨お申し出ください。調査票をお渡します。不明な点等ありましたら養護教諭までお問い合わせください。

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23日(火)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、始業式当日に配布したクラス名簿を参考にご記入ください。

④保健調査票・結核検診問診調査票は、

4月15日(月)までに担任へ提出してください。

