

令和6年1月31日

新1年生保護者様

五島市立三井楽小学校
校長 小嶋 和徳

保健関係書類の記入・提出について(依頼)

大切なお子さまをお預かりするにあたり、別紙「保健調査票」・「心臓病調査票」、「フッ化物洗口同意書」の記入をお願いします。記入上の注意をよく読まれ、記入もれのないようお願いいたします。この三つの調査票は、入学式当日、受付に御提出ください。

なお、この調査票は健康診断の参考資料にしたり、病気、けがなどの緊急時の際に使用させていただきます。

入学式当日(4月10日)に受付に提出をお願いいたします。

記

①保健調査票

・「整形外科」については裏面を参照し、お子さんと実際にチェックをしてください。

整形外科	14	背骨が曲がっている																		
	15	腰を曲げたり、反らすと痛みがある																		
	16	腕・脚を動かすと痛みがある																		
	17	腕・脚に動きの悪いところがある																		
	18	片脚立ちが5秒以上できない																		
	19	しゃがみこみができない																		
歯	20	歯が痛んだり、しみたりする																		
	21	顎の関節が痛んだり音がしたりすることがある																		
	22	かみにくい、食べにくいと思うことがある																		

②心臓病調査票

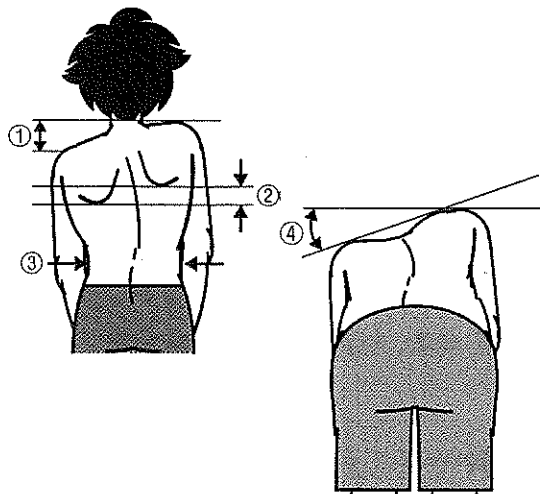
- ・心電図検査で活用します。
- ・例年記入漏れが多くみられます。すべての質問に回答をお願いします。

③フッ化物洗口希望調査

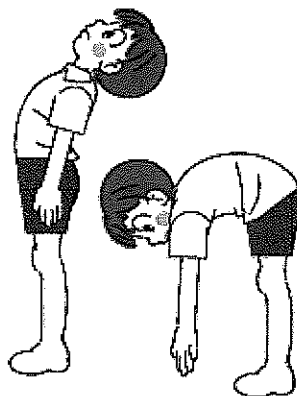
- ・「希望しない」場合も提出が必要です。

整形外科(運動器)チェック方法

①背骨が曲がっていませんか？



②腰を反らしたり、曲げたりした時、腰が痛みませんか？

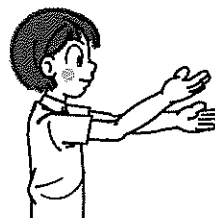


③腕・脚を動かした時、痛みませんか？

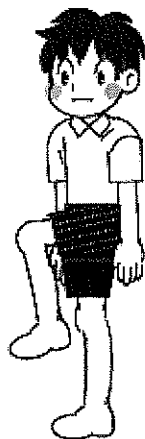
(例) スポーツをしているときやスポーツの後に膝が痛い

④腕・脚に動きの悪いところがありますか？

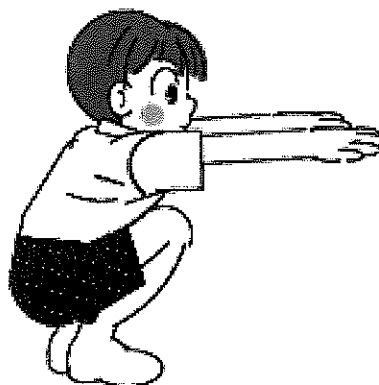
(例) 手のひらを上に向けて腕を伸ばした時、肘が完全に伸びない、完全に曲がらない



⑤片脚立ちが5秒以上できますか？



⑥しゃがみこみができますか？



保健調査票

この調査票は、学校における健康診断や学校生活での保健管理、保健指導の上で大切な資料となります。たまたま、病気やけがなどの緊急連絡にも使用しますので、必要事項は必ず記入をお願いします。2年生以上は、加筆訂正され、変更があれば早めに、ご連絡をお願いします。

学年	1	2	3	4	5	6
組						
番号						

児童名	ふりがな	男・女	かかりつけの病院			
			内科			
生年月日	年 月 日生		外科			
住 所	五島市		整形外科			
	TEL ()		歯 科			
保護者名			他にあれば科			
			科			

緊急連絡先 ※確実に連絡が取れるところを記入してください

優先順位	続 柄	氏 名	連 絡 先 (携帯番号・職場の電話番号 等)
1			TEL
2			TEL
3			TEL
4			TEL

※該当する項目に○印をつけ、詳しく記入してください。

体 質	1	ぜんそく	発症原因 () 学校で注意してほしいこと ()
	2	アレルギー (食物・結膜炎・ 鼻炎・アトピー等)	アレルギーの種類 () 症状 () 学校で注意してほしいこと ()
	3	乗り物酔い	バス・車・船・その他 ()
	4	その他	

※次の病気にかかったことがあれば発症年齢を、予防接種を受けたものには○を記入してください。

	病 名	発症年齢	病 名	発症年齢	予防接種
既 応 症	1 心臓病 (診断名)	才	7 水痘(みずぼうそう)	才	
	2 腎臓病 (診断名)	才	8 麻疹(はしか)	才	1回・2回
			9 風疹(三日ばしか)	才	
	3 川崎病	才	10 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	才	
	4 熱性けいれん	才	11 百日咳	才	
	5 ひきつけ	才	12 結核(BCG)	才	
6 その他 ()	才	13 三種混合(破傷風)	才		
		※MRワクチンの接種は麻疹と風疹の2つに○をつけます			

今までにかかった重い病気やけがや事故など

★ 裏面も、ご記入ください

◎結核について

①	生まれてから家族や同居人で結核にかかった人がいますか	1年	2年	3年	4年	5年	6年
		いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃
②	過去3年以内に通算して半年以上外国に住んでいたことがありますか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
	その国はどこですか						
③	喘息や気管支喘息以外で2週間以上咳が続いていますか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
	医療機関を受診していますか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
	診断名は？						

◎最近の健康状態について、当てはまるものがあれば○をつけてください。

項 目		1年	2年	3年	4年	5年	6年
内科	1 頭痛を起こしやすい						
	2 腹痛を起こしやすい						
	3 下痢・便秘になりやすい						
	4 動悸、めまい、息切れを訴えることがある						
	5 疲れやすく、元気のないことが多い						
	6 急に立つとめまいをすることがある						
	7 気を失って倒れたことがある						
皮膚科	8 蕁麻疹が出やすい(原因)						
	9 アトピーがある						
耳鼻科	10 聞こえが悪い						
	11 発音で気になることがある、声がかすれている						
	12 よく鼻水が出る よく鼻がつまる						
整形外科	13 鼻血が出やすい						
	14 背骨が曲がっている						
	15 腰を曲げたり、反らすと痛みがある						
	16 腕・脚を動かすと痛みがある						
	17 腕・脚に動きの悪いところがある						
	18 片脚立ちが5秒以上できない						
歯科	19 しゃがみこみができない						
	20 歯が痛んだり、しみたりする						
	21 顎の関節が痛んだり音がしたりすることがある						
	22 かみにくい、食べにくいと思うことがある						
	23 歯並びやかみ合わせが気になる						
	24 口のおいが気になる						
	25 歯ぐきから血が出ることもある						
眼科	26 黒板の字が見えにくい、遠くを見る時目を細める						
	27 色まちがいをすることがある						
	28 頭を傾げる、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						
他	30 メガネ・コンタクトを使用している						
31 ひどい生理痛がよくある							

◎学校で気をつけてほしい事、現在受けている治療などを記入してください。

1年	4年
2年	5年
3年	6年

心臓病調査票

受付番号

記入日: 令和 年 月 日

学校名 三井楽小学校	学年 1	学級 1	番号	氏名	性別 男・女	生年月日 H・R 年 月 日
----------------------	----------------	----------------	----	----	-----------	-------------------

【記入上の注意】

◆この調査票は心臓検診を行うために重要な資料となりますので、保護者の方が記入をお願いいたします。

◆質問1～6のあてはまる項目を○で囲み、空欄は書き入れてください。
質問1～3で「1.はい」に○を付けた場合は、質問が続きますので漏れなくご回答ください。

保護者記入欄	【質問1】 今までに医師より心臓が悪いと言われたことがありますか？	はいの場合 +10
	1. はい → (1) はじめて言われたのはいくつの時ですか。 (歳 カ月) (2) かかった医療機関名を記入してください。(医療機関名:) (3) 病名は何と言われましたか。 1. 先天性心臓病(くわしい病名:) 2. 心臓弁膜症(くわしい病名:) 3. 不整脈(脈がみだれる) 4. 心臓肥大 5. 心雑音 6. その他(病名:)	
	2. いいえ	(4) の -10 7の場合のみ
	(4) その後の様子 7. 精密検査で異常なかった 8. 心臓の手術を受けた 9. 内科的な治療を受けた 10. 定期的に受診している 11. そのまま何もしていない 12. その他()	
	【質問2】 今までに医師からリウマチ性の病気と言われたことがありますか？	はいの場合 +10
	1. はい → (1) はじめて言われたのはいくつの時ですか。 (歳 カ月) (2) かかった医療機関名を記入してください。(医療機関名:) (3) 病名は何と言われましたか。 1. リウマチ熱 2. リウマチ性心炎 3. リウマチ性心臓弁膜症 4. その他のリウマチ(病名:)	
2. いいえ	(4) の -10 5の場合のみ	
(4) その後の様子 5. 精密検査で異常なかった 6. 内科的な治療を受けた 7. 定期的に受診している 8. そのまま何もしていない 9. その他()		
【質問3】 今までに医師から「ぶどう病」と言われたことがありますか？	はいの場合 +10	
1. はい → (1) 今までに2つ以上の関節(体のふしぶし)が痛み、同時にはれたことがありますか？ (けがによるものはのぞく) (はい・いいえ)	はいの場合 +4	
2. いいえ	(2) その時熱がありましたか？ (はい・いいえ) (3) その時顔色が悪く、身体がだるかったですか？ (はい・いいえ)	はいの場合 +3 はいの場合 +3
【質問4】 今までに次のような病気にかかったことがありますか？		
(1) ジフテリア (はい・いいえ)	はいの場合 +5	
(2) 高血圧(腎炎を除く) (はい・いいえ)	はいの場合 +5	
(3) 甲状腺の病気 (はい・いいえ)	はいの場合 +5	
(4) 敗血症 (はい・いいえ)	はいの場合 +3	
(5) 5日以上続く原因不明の熱 (はい・いいえ)	はいの場合 +3	
(6) 川崎病(歳 カ月) (はい・いいえ)	はいの場合 +10	
【質問5】 最近、次のようなことがありますか？		
(1) つかれやすく、すぐゴロゴロ寝る (はい・いいえ)	はいの場合 +2	
(2) 階段を普通の速さでのぼっても、どきや、息切れがする (はい・いいえ)	はいの場合 +3	
(3) 胸がしめつけられるように苦しくなることがある (はい・いいえ)	はいの場合 +3	
(4) ときどき脈がとぎれる (はい・いいえ)	はいの場合 +5	
(5) 何もしないのに急に心臓が速く(いつもの倍ほど)うつことがある (はい・いいえ)	はいの場合 +5	
(6) 少しの運動でうずくまってしまう (はい・いいえ)	はいの場合 +5	
(7) 気を失ったことがある (はい・いいえ)	はいの場合 +10	
それほどのようなときですか。 → a.運動中又は運動後 b.朝会の時 c.頭を打った時 d.その他()	b・cの場合 -10	
【質問6】 両親、兄弟、祖父母、おじ、おばなどで40歳以下で急死(心臓マヒ)した人がありますか？ (事故死の場合などは除く) (はい・いいえ)	はいの場合 +5	

※学校記入欄(これから下は保護者は記入しないでください)

- | | |
|-----------------------|---------------------------|
| 1.校医所見 (あり・なし) | 2.養護教諭、担任からの情報、意見 (あり・なし) |
| (1) チアノーゼ (あり・なし) | |
| (2) パチ状指 (あり・なし) | [|
| (3) 浮腫 (あり・なし) | |
| (4) 胸郭変形 (膨隆・扁平・凹・なし) | |
| (5) 異常心音・心雑音 (あり・なし) | |

3.合計点数

点

※すべていいえの場合は0点になります。

【個人情報の利用目的について】ご記入いただいた個人情報は、心臓検診のためだけに使用し、目的外の利用は致しません。

令和6年1月31日

新1年生保護者様

五島市教育委員会
教育長 村上 富憲
(公印省略)

五島市立三井楽小学校
校長 小嶋 和徳
(公印省略)

フッ化物洗口実施について (希望調査)

立春の候、保護者の皆様におかれましては、ますます御健勝のこととお喜び申し上げます。さて、本校におきましては、下記のとおり、平成28年5月からむし歯の予防に効果のあるフッ化物洗口を実施しております。

つきましては、フッ化物洗口希望調査を実施しますので、御回答くださいますようお願い申し上げます。

記

- 1 実施方法 フッ化ナトリウムを水に溶かしたうがい液で、週1回、毎回30秒の「ブクブクうがい」をします。
- 2 開始予定 令和6年6月予定
- 3 実施日時 毎週金曜日
- 4 費用 県及び市の予算で実施します。(保護者負担はありません)
- 5 申し込み 下記の希望調査書を、4月10日(水)入学式受付時に提出してください。
※希望しない場合も提出してください。

き り ど り

フッ化物洗口希望調査書

※ 該当する番号に○をつけてください。

学校におけるフッ化物洗口を

1 希望します

2 希望しません

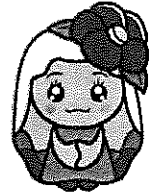
令和6年 月 日

1年 児童氏名

保護者名

印

医療費請求について（お願い）

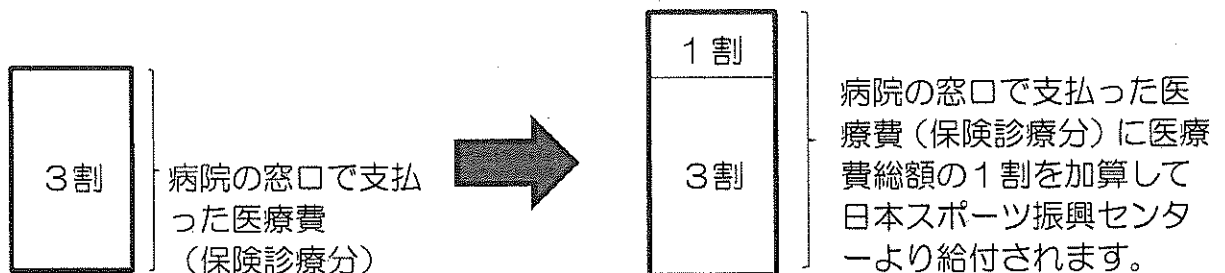


『学校の管理下』において、児童生徒がケガ等をし、医療機関（病院・整骨院・調剤薬局等）を受診した場合、まずは、学校へご相談ください。

医療機関で支払った領収書を学校へ提出し、現在加入している日本スポーツ振興センター災害共済給付金制度を利用し、以下の給付を受けることができます。

給付金については、日本スポーツ振興センターより給付決定のお知らせ後、教育委員会から保護者の皆様の口座へ振込をいたします。

【給付内容】



【注意事項等】

(1) 領収書を必ず学校へ提出してください。（二重請求防止）

○日本スポーツ振興センターでお子さんの医療費を請求後（学校で手続き）に、公費負担医療制度（福祉医療費制度等）を利用して、同診療の医療費を請求することは二重請求になります。二重請求防止のため、医療機関で受診した領収書は必ず学校へご提出ください。

○領収書は、原本の提出をお願いします。

※原本を提出できない場合は、必ず領収書の隅に『災害共済給付金に請求中』とご記入のうえ、そのコピーを提出ください。

※二重請求等発覚した場合には、返金等お願いする場合があります。

(2) 税金に係る医療費控除の対象外です。

○日本スポーツ振興センターで請求したお子さんの医療費（学校で手続き）は、学校を通して日本スポーツ振興センターから給付されます。その給付された分については、申告における医療費控除の対象外になっておりますのでご注意ください。

(3) 日本スポーツ振興センターの災害給付金請求の前に、公費負担医療費制度を利用した場合は、必ず学校へ申告してください。

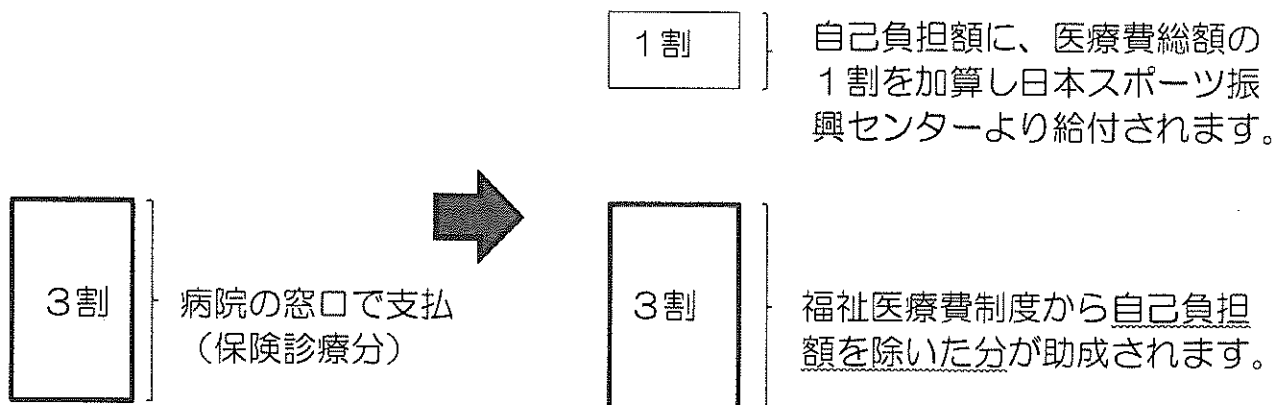
【申告の対象】

- ① 医療機関の窓口で、受給者証を提示できる制度（福祉医療費等）を利用した時。
- ② 日本スポーツ振興センターの医療費請求をする（学校で手続き）前に、公費負担医療制度（福祉医療費等）の医療費払い戻し請求をした時。

【申告の方法】

○どのような制度を利用したのか、自己負担額はいくらかを、紙に書いて、学校に提出してください。用紙は自由形式です。

<福祉医療費制度を利用した場合の給付内容>



『学校の管理下』において、児童生徒がケガ等をした場合日本スポーツ振興センターの災害共済給付金制度をご利用ください。

給付金の決定については、「災害給付金振込通知」によりお知らせいたします。

