



2024. 4. 9
町田市立図師小学校
養護教諭 小俣 恵子

かわいい1年生を迎えて新年度がスタートしました。
新しいクラス、新しい先生、新しい友だち・・・ちょっ
ぴりドキドキしますね！

みなさんが健康で楽しい学校生活が送れますように
保健室から応援していきたいと思ひます。



4月健康診断カレンダー

日(曜日)	時間	学年	検査項目	注意事項
10日(水)	午前中	6年	視力検査	メガネを持っている人は忘れずに！ ※メガネのレンズをきれいに！
11日(木)		5年		
12日(金)		4年		
15日(月)	午前中	1年	立体視検査	物が立体的に見えるかどうかの検査
16日(火)	午前中	3年	視力検査	メガネを持っている人は忘れずに！ ※メガネのレンズをきれいに！
18日(木)		2年		
22日(月)		1年		
17日(水)	午前中	全学年	身体計測 (身長・体重)	体育着で受けます。※髪型に注意！ 頭の真上、真後ろで結ばない。
19日(金)	午前9:00まで	全学年	尿一次検査①	・容器は18日(木)配布。 ・19日の朝、起きてすぐ検査。
24日(月)	午前中	5年	聴力検査	簡単に耳そうじを！ ※強くやりすぎないでください。
		3年		
		2年		
25日(木)	午前9:00～	1年	心臓検診	体育着で受けます。
26日(金)	午後1:00～	4年	内科検診	体育着で受けます。

※立体視検査は1年のみ、聴力検査は1・2・3・5年です。

※尿検査一次→19日未提出の場合、次の回収日は5/8(水)です。

内科	中村 豊 先生	歯科	大須 史博 先生
眼科	吉澤 利一 先生	薬剤師	関本 司 先生
耳鼻科	馬淵 滝男 先生	精神科	島本 昌和 先生



おうちの方へ

次のものを配布します。提出期限を守っていただけますよう、

ご協力をお願いいたします。

保健関係は、全て男女別番号で行います。

お子様の番号がわからない場合は未記入でかまいません。

1. 「健康調査票」→9日(火)配布、11日(木)までに提出。
(1年生は、入学式に回収済)

ほけんだよりの裏面(記入における注意事項)をご覧ください。

※変更がありましたら、その都度、ご連絡ください。

2. 「耳鼻いんこう科健康診断用アンケート」

下の選別検査の欄は、学校で記入します。

3. 「結核検診問診票」

半分に折ってのりづけしてください。

4. 「運動器検診アンケート」

図の通り、チェックしてご記入ください。

5. 「心臓検診調査票」(1年生のみ)

2～5は
12日(金)配布
16日(火)までに
提出



おうちの方へ

「いってらっしゃい」の前に

お子さんの健康観察をお願いします。

- 熱はありませんか？
- 顔色は悪くないですか？
- 食欲はありますか？
- いつもと違うところはありませんか？



気になる点があれば、
小さなことでもお知らせください。

<表> 秘 健康調査票

表・裏あります。記入もれ注意!

この調査は、児童の健康状態を知り保健指導に、また、病院受診の際の緊急連絡に役立つものです。毎年、現学年欄に記入し、提出してください。

学年	1	2	3	4	5	6
組						
番号						
ふりがな			平熱	保護者氏名		
氏名			男・女	住所		
生年月日	年	月	日	TEL		
保護者	第一	氏名	続柄	携帯番号	勤務先名	電話番号
	第二	氏名	続柄	携帯番号	勤務先名	電話番号
緊急連絡	第三	氏名	緊急連絡先電話番号			
緊急連絡	第四	氏名	緊急連絡先電話番号			
緊急連絡	第五	氏名	続柄	携帯番号	勤務先名	電話番号
在籍の兄弟姉妹	年組	年組	年組	年組	年組	年組

担任が記入します。
*保健関係は
全て男女別です。

必ず連絡がとれますように、
よろしく願います。

かかりつけの病・医院	整形外科	電話	歯科	電話	
	内科	電話	眼科	電話	
	耳鼻科	電話		電話	
保険証の種類	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他()				

○勤務先、緊急連絡先、健康保険証の種類が変わった場合は、赤字で修正してください。

既往歴		感染症(かかったもの・予防接種)			
1	心臓病 歳				
2	川崎病 歳	麻しん(はしか)			
3	腎臓病 歳		か		
4	ぜんそく 歳		か		
5	ひきつけ 歳	風しん		歳予	
6	熱性けいれん 歳				
7	けが 歳	水痘			
8	その他				
()	歳	四種混			
()	歳	三種混			
()	歳	ヒブ(Hib)			
		肺炎球菌			
		日本脳炎			
		BCG			
		B型肝炎			
		* 予防接種による重い副作用	ない	ある	

母子手帳を参考に
ご記入ください。

氏名 児童氏名を記入

<裏>

昨年から現在にかけて、下記の項目にあてはまるものがあれば、現学年の欄に○印を、ない場合には、斜線を引いてください。

症状	学年	1	2	3	4	5	6
1	よく熱を出す。						
2	よく頭痛を訴える。						
3	少しの運動でどよみや息切れを訴える。						
4	姿勢がわるい。						
5	この一年間にぜんそく発作をおこした。	○	○	○	○	○	○
6	ひきつけ、熱性けいれんをおこしやすい。						
7	よく胃痛・腹痛をおこす。						
8	よく嘔吐ことがある。						
9	この一年間にじんましんや湿疹にな						
10	尿が近い。						

記入もれ注意!

●アレルギーの有無について (配慮不要となった場合は、赤線で消して)

・食物アレルギーについて なし なし あり

鶏卵 牛乳・乳製品 小麦 ツ ไข่ カニ

種子類・木の実() 果 肉()

その他()

・食品外のアレルギーを起こす 薬・動物・植物 (アナフィラキシー なし あり

記入年月日

.....

●長期に使用している薬がある場合は、記入してください。(変更があった場合は、赤字で修正してください。)

記入年月日 (病名)

●学校で知ってほしい、けがや病気など健康上の点をお書きください。(変更があった場合は、赤字で修正してください。)

記入年月日

学校生活の参考にさせていただきます。

学年が変わる時は、経過等もご記入ください。