

1年生の健康について

保健室では、子供たちが心身ともに健やかに成長するため、健康管理、健康相談、保健指導などを行っています。健康で楽しい学校生活を送れるように支援しています。

ご家庭においては、毎日の生活の中で健康の大切さを伝え、実践されますようご協力をお願いいたします。

1 基本的な生活習慣を身に付けましょう

- (1) 規則正しい生活をする。(早寝・早起きの習慣と十分な睡眠)
- (2) 外遊び・運動を習慣にする。
- (3) 薄着の習慣を付ける。
- (4) 朝の排便を心がける。
- (5) 手洗い・うがい・洗顔・歯磨き、爪きり、耳掃除など、衛生習慣を身に付ける。
- (6) ハンカチ・ティッシュの携帯と使い方を覚えるなどの衛生管理ができる。
- (7) 良い姿勢で生活する。

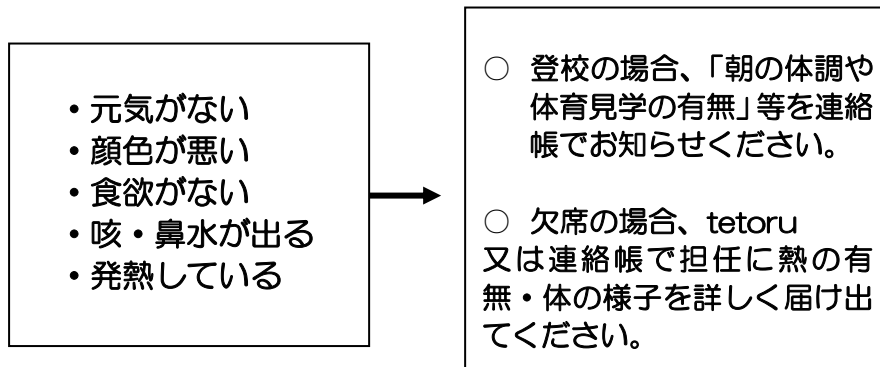
※給食時には、マスクを着用します。予備のマスクを複数枚常時ランドセル内に入れておいてください。

2 望ましい食習慣を続けましょう

成長期にある子供にとって、心とからだの健康づくりに食事は最も大切です。栄養のバランスを考え、規則正しい時間に食事をとりましょう。特に「朝食」はしっかりと食べさせてください。

3 健康な学校生活のために

- (1) 登校前の健康観察を確実にしてください。



- (2) 学校で行う健康診断

健康診断は、4月から6月頃に行います。健康診断前に、提出していただく書類も数種類あります。期日までに忘れずに御提出ください。

各種健康診断結果は「結果のお知らせ」や「けんこうカード」でお伝えします。内科、歯科、耳鼻科、眼科、その他治療や検査が必要な場合は、早期に受診して診断結果・治療状況を学校に提出してください。

(3) 持病について

持病がある場合は、学校にお知らせください。心臓・腎臓の病気、ぜんそく、アレルギー、ひきつけ等のあるお子さんについては、主治医からの「管理指導表」を提出していただきます。日常の学校生活（体育・運動等）をどの程度行ってよいか、医療面ではどのような配慮が必要なのかを医師が記入するようになっています。医療、家庭、学校が連携しながら、お子さんを見ていきます。

また、お子さんの体質や病気の既往などは、健康調査票にご記入ください。

4 学校での病気やけがについて

(1) 登校後、体調が悪くなった場合

軽度の場合は休養し様子をみます。回復すれば学習を続けますが、そうでないときは保護者の方に御連絡をし、早退となります。保護者の方は、保健室まで迎えに来てください。また、学校での投薬はできません。

(2) 学校でけがをした場合

軽傷の場合は、保健室で応急処置を行います。その後の治療は、各家庭でお願いします。重傷と判断した場合はすぐに御家庭に連絡し、お迎えに来ていただき医療機関を受診します。

(3) 日本スポーツ振興センターについて

学校の管理下（授業中、休憩時間中、指定通学路登下校中など）の事故であり保険診療で支払った自己負担額が1500円以上の場合、保険対象になります。

(4) 学校災害補償保険について

学校管理下のけがで、入院を1日以上した場合等に対象となります。スポーツ振興センターと併用できます。

5 学校伝染病について

下記の学校伝染病にかかった場合、医師から登校の許可がでるまで、学校を休ませてください。登校初日には、『登校許可証』（医師が記入）、『出席停止終了願い』（保護者が記入）の内、該当書類を担任に提出してください。

<学校伝染病>

（登校許可症対象疾患）

- ・百日咳 ・麻疹 ・流行性耳下腺炎 ・風疹 ・水痘 ・咽頭結膜熱 ・結核
- ・髄膜炎菌性髄膜炎 ・流行性角結膜炎 ・急性出血性結膜炎 ・溶連菌感染症

（出席停止終了願い対象疾患）

- ・感染性胃腸炎 ・インフルエンザ ・新型コロナウイルス感染症 など

6 緊急連絡先について

病気やけがが起きた場合は、保護者の方に御連絡をします。本日配布しました「健康調査票」に保護者の「連絡先・勤務先」を御記入ください。必ず保護者の方に連絡がつくよう御配慮ください。連絡先に変更があった場合にも、早急に担任までお知らせください。

健康調査票

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てるものです。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
氏名	中央 太郎					
性別	男	女				
生年月日	平成	年	月	日	TEL	
住所	〒36.5					
保護者	父 太郎 母 太郎					
緊急連絡先	氏名 電話番号					
緊急連絡先	氏名 電話番号					
緊急連絡先	氏名 電話番号					
緊急連絡先	氏名 電話番号					
緊急連絡先	氏名 電話番号					
在籍の兄弟姉妹	年 組	年 組	年 組	年 組	年 組	年 組

必ず連絡が
と詳しく
記入ください

かかりつけの病・医	診療科	電話
内科	眼科	電話
耳鼻科	電話	電話
保険証の種類	社保 ・ 国保 ・ 共済 ・ 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	年齢	接種状況
1 心臓病	歳	麻しん風しん混合 (MR) 受けない・受けた () () () () () ()
2 川崎病	歳	麻しん単独 (M) 受けない・受けた () () () () () ()
3 腎臓病	歳	風しん単独 (R) 受けない・受けた () () () () () ()
4 ぜんそく	歳	麻しん風しん混合 (MR) 受けない・受けた () () () () () ()
5 ひきつけ	歳	麻しん単独 (M) 受けない・受けた () () () () () ()
6 熱性けいれん	歳	風しん単独 (R) 受けない・受けた () () () () () ()
7 けが	歳	水痘(みずぼうし) 受けない・受けた(最終 年 月)
8 その他	歳	流行性耳下腺炎() () () () () ()
		四種混合(DPT) 受けない・受けた(最終 年 月)
		三種混合(DPT) 受けない・受けた(最終 年 月)
		ヒブ(Hib) 受けない・受けた(最終 年 月)
		肺炎球菌 受けない・受けた(最終 年 月)
		日本脳炎 受けない・受けた(最終 年 月)
		BCG 受けない・受けた(最終 年 月)

母子手帳等を確認の上
ご記入ください

* 予防接種による重い副作用 ない

氏名

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	1	2	3	4	5	6
1 よく熱を出す。						
2 よく頭痛を訴える。						
3 少しの運動でどきや息切れを訴える。						
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・下痢をおこす。						
9 この一年間にじんましんや湿疹になった。						
10 尿が近い。						

●アレルギーの有無について○をつけてください。
(配慮不要となった場合は、赤字で消してください。)

・食物アレルギーについて なし ・ (あり) (アナフィラキシー) (なし) ・ (あり)

卵	牛乳・乳製品	小麦	そば	ピーナッツ	エビ	カニ
種子類・木の實	()	果物	()	魚	()	肉
その他	()	()	()	()	()	()

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

記入年月日

15. 4. 1. 卵除去のため、給食でも配慮していただきたい(国立相模原病院にて経過観察中)。

●長期に使用している薬があれば記入してください。
(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

15. 4. 1. かぜ気味の時にぜんそく発作が出やすい。

本日お配りした健康調査票は記入の上、入学式の日に学級担任に御提出ください。