

秘 保健資料 記入方法

(新1年生用)

令和8年1月27日
清瀬市立清瀬第八小学校
保健室

この保健資料は、6年間使用します。
保健室で管理いたします。

保護者の方に連絡する時や、病院に受診する時に使用します。
記入していただいたことを参考に、健康診断でも使用しながら実施しています。

新1年生は、すべてのページをご記入ください。

- ①保護者様の緊急連絡先等は、必ずご記入ください。
- ②吹き出し部分を、よくご覧になりながらご記入ください。
「アレルギー」「服薬中の薬」の欄の記入もれにご注意ください。
- ③「結核」と「現在の状況」については、あてはまるところには○印を、
あてはまらないところには/斜線を、すべての欄にご記入ください。
- ④「整形外科」と「脊柱側弯」のチェックは、ご家庭でお願いします。

※ 記入もれ・保護者印もれがないようお願いいたします。 ※

入学式の日に提出して
いただきますので、
それまでに
ご記入ください。

提出日
4月9日(木)

学校名 清瀬市立清瀬第八小学校

【お願い】

- 1、年度が替わりますと一度、この保健資料を家庭に戻します。
その時点で確認、再記入をお願いします。
当該欄に記入もれのないようにお願いします。
- 2、連絡先が変わった場合は、早めにご連絡ください。
- 3、6年間使います。汚したり、破ったり、なくしたりしないように
気をつけましょう。

秘 保健資料	ふりがな	男
	児童名	女
生年月日 平成・令和 年 月 日		日

*保健資料は健康診断や保健指導、緊急時の受診の際に参考として使用し、その他の目的で使用することはありません。

お子さんの学年の欄に、保護者印を押してください。	学年組	1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -
	番号						
	保護者印	印	印	印	印	印	印

緊急時、確実に連絡が取れる電話番号（自宅・職場・携帯等）を、ご記入ください。

※連絡する優先順位があれば、電話番号の前に①②③…と、記入してください。

発熱等でお迎えをお願いする時に、この電話を使用します。

保護者	氏名		電話	
	住所 清瀬市		()	
緊急連絡先	氏名(ふりがな) (連絡してほしい順に記入してください)	続柄	※優先順位があれば、電話番号の前に①②③…と記入してください。	
			連絡先(勤務先)	携帯電話等
	1		電話	
	2		電話	
	3		電話	
保険証	・国民健康保険 ・社会保険 ・共済組合 ・その他() ・なし			

緊急時、保護者の方と連絡が取れない場合でも、かかりつけの医療機関を受診することがあります。

かかりつけの医療機関がありましたら記入してください。(場合によっては別の医療機関で受診することもあります)	
外科・整形外科	電話
内科・小児科	電話
眼科	電話
耳鼻咽喉科	電話
歯科	電話
その他 () 科	電話

詳しくご記入
ください。

●既往症 今までにかかった病気があれば、年齢を記入してください。

病名	発症年齢	治療年齢	病名	発症年齢	治療年齢
腎臓病 ()			熱性けいれん(回)		
心臓病 ()			脳波異常・てんかん()		
川崎病			結核		
入院 病名	年 月～ 年 月		手術 病名	年 月～ 年 月	

母子手帳を見ながら、
正確にご記入ください。

●感染症

	MR混合 (麻疹、風疹)	水痘 (みずぼうそう)	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	4種混合(ジフテリア 破傷風、百日咳、ポリオ)	BCG (結核)
予防接種	I期・II期・未接種	済・未接種	済・未接種	I期・II期・未接種	済・未接種
かかった 年齢	はしか オ オ	オ	オ		

※あてはまるところ
には○を、それ
以外には/を、も
れがないように記
入してください。
記入日も忘れず
に。

●結核

*あてはまるところに○を、それ以外は/を記入してください。
*罹患者は、保健所に照会する場合があります。

	1年	2年	3年	4年	5年	6年
質問1 今までに結核性の病気(胸膜炎、肺浸潤など)にかかったことがある						
質問2 今までに結核に感染して予防薬を飲んだことがある						
質問3 家族や同居人で結核にかかった人がいる						
質問4 過去3年間に通算して6カ月以上、外国に住んでいたことがある						
質問5 この2週間以上「せき」や「たん」が続いている	↓	↓	↓	↓	↓	↓
質問5-①「はい」の場合その「せき」や「たん」で医療機関において検査や治療を受けている						
質問5-②ぜんそく、ぜんそく性気管支炎などといわれている						
記入日 →						

●服用中の薬 服用中の薬がありましたら記入してください。

病名	薬品名	飲み始め～飲み終わり
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月

アレルギーに関し
ては、特に詳しく
ご記入ください。

※ここ一年以内
に受診し治療し
ている方は、
該当学年の欄に
必ず○をしてく
ださい。

(新1年生は、「入学
前」の欄には小さい頃
のことを、「小1」は
ここ1年のことを記入
してください。)

●アレルギーについて

下記の病気について該当する場合は、その症状、使用薬を記入し、
ここ一年以内に治療している方は該当学年に○を記入してください。

アレルギー	症 状	常用の薬・緊急時の処方薬	入学前	小1	2	3	4	5	6
ぜんそく									
アトピー性皮膚炎									
アレルギー性鼻炎									
アレルギー性結膜炎									
その他 アレルゲン ()									

●食物アレルギー

※給食対応の場合、毎年面談と管理表提出が必要となります。

食物アレルギーがある場合は、下記に食品名を記載し給食時に対応が必要かをご記入ください。

食 品 名	給食時に対応が必要	食 品 名	給食時に対応が必要
	はい・いいえ		はい・いいえ
	はい・いいえ		はい・いいえ
アナフィラキシーショック	ある・なし	エビペンの処方	ある・なし
処方されている薬()			

※
新2～6年生は、
記載内容を再度
確認し、追加・
訂正があれば
必ずご記入くだ
さい。

食物アレルギーがある方は、詳しくご記入ください。

●現在の状況

児童名

過去一年間を振り返って、下記のような症状があれば○を、なければ／を学年の欄に記入してください。

項目	学年	1	2	3	4	5	6	家庭から健康について学校へ連絡しておくことがあれば、くわしく記入してください。
平熱		℃	℃	℃	℃	℃	℃	1年
よく頭が痛くなる								
よく熱が出る								
よくお腹が痛くなる								
便秘をしやすい								
下痢をしやすい								
長く立っていると立ちくらみや、気分が悪くなる								
少しの運動で息切れや動悸がする								
尿が近い								
皮膚がかぶれやすい								
1年以内にひきつけをおこした								
①腰を曲げたりそらしたりすると痛い								3年
②腕や肘を動かすと痛い								
③片足立ちで5秒以上立てない								
④しゃがみこむことができない								
①肩の高さの左右差がある								4年
②肩甲骨の高さに左右差がある								
③ウエストラインに左右差がある								
④前屈時の背面の高さに違いがある								
鼻血がしやすい								5年
くしゃみ、鼻水が出やすい								
聞こえにくいことがある								
扁桃腺が腫れやすい								6年
目のかゆみや、充血がよくある								
眼鏡を持っている・かけている								
色間違えをすることがある								
口をあける時に顎の関節が痛むことがある								
歯をみがく時、歯ぐきから出血する								
歯並びや、かみ合わせが気になる								

平熱は、
検温してから
ご記入ください。

学年の全項目を確認しながら、
あてはまるところは○印を、あてはまらないところには／斜線を、お手数ですがすべての欄にご記入ください。
記入していただいたことは、健康診断の際に、校医に伝え、参考にさせていただきます。

お子様の健康についてや最近の様子など、知らせておきたいことがございましたら、些細なことでも構いませんので、新学年の欄にご記入ください。

*「整形外科」と「脊柱側わん」のチェック項目①②③④については、保健資料の裏表紙にわかりやすいイラストを載せています。
ご参照ください。

「整形外科」と「脊柱側わん」のチェックは、ご家庭でお願いいたします。
それぞれ、①②③④の項目にそって、お子様の姿勢をチェックをしてください。
チェックの際には、保健資料の**原本の裏表紙のイラストを参考**に、お子様の様子を見てください。
あてはまるところは○印を、あてはまらないところには／斜線を、必ずすべての欄にご記入ください。
○印があった場合には、内科検診の時に校医に伝えて、診ていただきます。