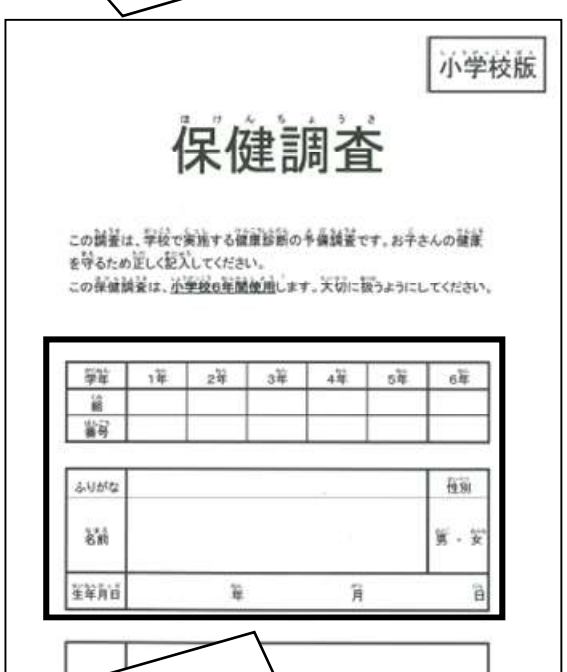
ほけんだより

本日お渡しした書類について、記入時のお願い・注意点などをのせました。ほけんだよりを確認しながら、書類へ記入をお願いします。提出する前に記入もれがないか、今一度ご確認ください。たくさんの書類がありますが、4月8日までに提出をよろしくお願いします。

☆保健調査(全学年)

2年生以上は、組・番号を記入してください。


小学校版

保健調査

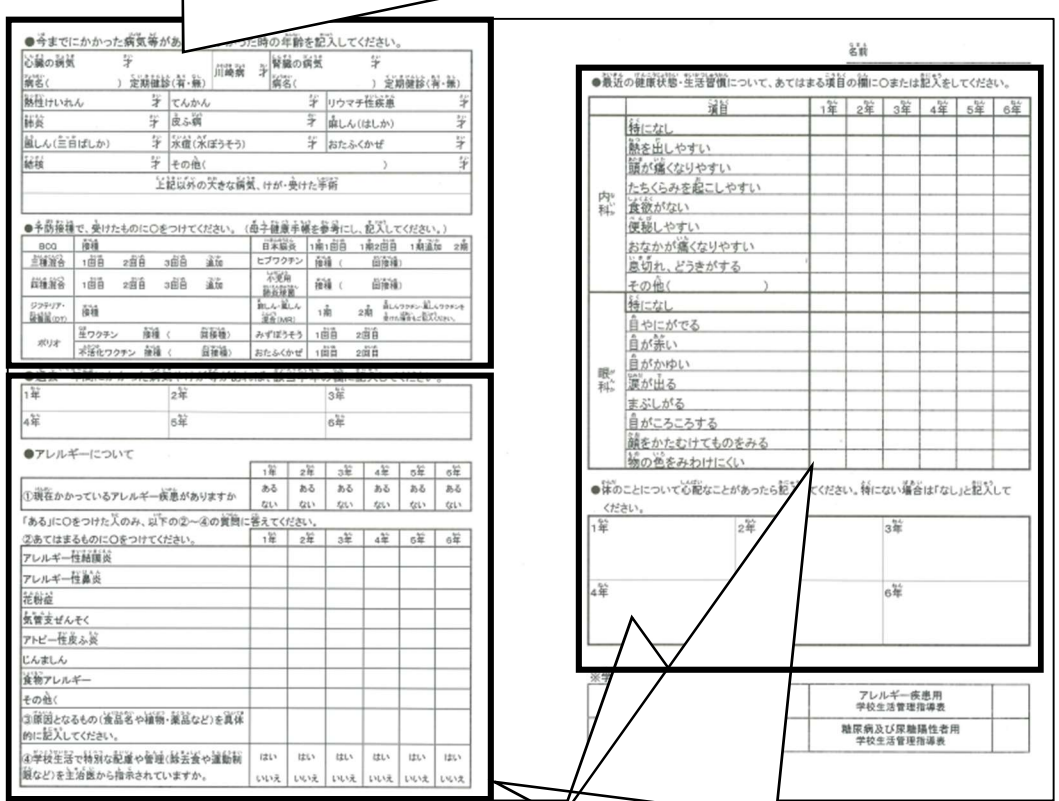
この調査は、学校で実施する健康診断の予備調査です。お子さんの健康を守るため正しく記入してください。
この保健調査は、小学校6年間使用します。大切に扱うようにしてください。

学年	1年	2年	3年	4年	5年	6年
組						
番号						

ふりがな		性別
名前		男・女
生年月日	年 月	日

1年生は、組・番号・名前・ふりがな・性別・生年月日を記入してください。

1年生は、記入できるところはすべてお書きください。2年生以上は変更点がありましたら、赤色で記入してください。


●今までにかかった病気等があ… った時の年齢を記入してください。

心臓の病気 才 病名( ) 定期健診(有・無)		腎臓の病気 才 病名( ) 定期健診(有・無)	
熱性けいれん 才	てんかん 才	リウマチ性疾患 才	
肺炎 才	皮ふ病 才	歯しん(はしか) 才	
扁しん(三日ばしか) 才	水痘(水ぼうそう) 才	おたふくかぜ 才	
結核 才	その他( ) 才		
上記以外の大きな病気、けが・受けた手術			

●予防接種で、受けたものに○をつけてください。（母子健康手帳を参考にし、記入してください。）

BCG	接種				日本脳炎	1期1回目	1期2回目	1期追加	2期
三種混合	1回目	2回目	3回目	追加	ヒブワクチン	接種（ 回接種）			
四種混合	1回目	2回目	3回目	追加	小児用肺炎球菌	接種（ 回接種）			
ジフテリア・破傷風(DT)	接種				麻しん・風しん混合(MR)	1期	2期	麻しんワクチン・風しんワクチンをそれぞれ1回ずつ接種	
ポリオ	不活化ワクチン	接種（	回接種）		みずぼうそう	1回目	2回目		
	生ワクチン	接種（	回接種）		おたふくかぜ	1回目	2回目		

1年	2年	3年
4年	5年	6年

●アレルギーについて

	1年	2年	3年	4年	5年	6年
①現在かかっているアレルギー疾患がありますか	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない

「ある」に○をつけた人のみ、以下の②～④の質問に答えてください。

②あてはまるものに○をつけてください。	1年	2年	3年	4年	5年	6年
アレルギー性結膜炎						
アレルギー性鼻炎						
花粉症						
気管支ぜんそく						
アトピー性皮ふ炎						
じんましん						
食物アレルギー						
その他(						
③原因となるもの（食品名や植物・薬品など）を具体的に記入してください。						
④学校生活で特別な配慮や管理（給食や運動制限など）を主治医から指示されていますか。	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 いいえ

名前

●最近の健康状態・生活習慣について、あてはまる項目の欄に○または記入をしてください。

	項目	1年	2年	3年	4年	5年	6年
内科	特になし						
	熱を出しやすい						
	頭が痛くなりやすい						
	たちくらみを起こしやすい						
	食欲がない						
	便秘しやすい						
	おなかが痛くなりやすい						
	息切れ、どうきがする						
	その他( )						
眼科	特になし						
	目やにがでる						
	目が赤い						
	目がかゆい						
	涙が出る						
	まぶしがる						
	目がころころする						
	顔をかたむけてものをみる						
	物の色をみわけにくい						

●体のことについて心配なことがあったら記入してください。特にない場合は「なし」と記入してください。

1年	2年	3年
4年		6年

	アレルギー疾患用 学校生活管理指導表
	糖尿病及び尿糖陽性者用 学校生活管理指導表

あてはまる学年欄のところを記入してください。

☆脊柱側わん症の保健調査(全学年)

学年・組・番号・名前を記入してください。


脊柱側わん症等の保健調査　四日市市教育委員会

年　組　番　名前

この調査は学校で実施する健康診断の予備調査です。お子さまの健康を守るため正しく記入してください。

＊　当てはまるものに○をし、必要事項をご記入ください。

脊柱・胸郭	1. お子さまを上半身裸で後ろ向きに直立させ、両腕を身体の両側にたらした状態で、次の状態を… してください。		
	① 肩の高さに左右の違いがありますか。	ない	ある（右さがり・左さがり）
	② 肩甲骨の高さに左右の違いがありますか。	ない	ある（右さがり・左さがり）
	③腰のウエストライン（わき腹）に左右の違いがありますか。	ない	ある
	2. お子さまの両足を肩幅に広げて立たせた状態で、身体の前屈で両手のひらを合わせ、肘と肩の力をぬいて両腕と頭が自然にたれ下がるようにしながら、上体をゆっくり前屈させてください。		
	④この時、合わせた両手が左右の足の中間に向かうようにします。前側及び後側からみて、背中の高さに左右の違いがありますか。	ない	ある
	3. 今まで、医師から脊柱側わんがあると言われたことがありますか。	ない	ある（※1質問へ）
	※1．あると答えた人は、下記（1）～（3）に答えてください。		
	（1）それはいつでしたか。	＿＿才（＿＿年生）の時	
	（2）どこの病院にかかりましたか。	医療機関名：（＿＿）	
	（3）治療しましたか。	・治療した ・治療していない ・今も治療している ・定期的にみせている	
	4. 出生時に、先天性心疾患を指摘されたことがありますか。	ない	ある（病名：）
	5. 腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがありますか。	ない	ある
四肢の状態	6. 腕、脚を広かすと痛みがありますか。	ない	ある
	7. 腕、脚の曲げ伸ばしがうまくできますか。	できる	できない
	8. 片脚立ちが5秒以上できますか。	できる	できない
	9. しゃがみこみができますか。	できる	できない
	10. 気になることがあり対したらお書きください。		

平成29年4月作成

☆歯科健康診断用アンケート(全学年)

学年・組・番号・性別・名前を記入してください。

歯科健康診断用アンケート

年　組　番　男・女　名前

次の質問の該当するところへ○印をつけてください。

1. 現在、歯科に通院中ですか。	はい ・ いいえ
2. 歯磨きを、一度もしない日がありますか。	はい ・ いいえ
3. はぐきから出血しますか。	はい ・ いいえ
4. 歯並びが気になりますか。	はい ・ いいえ
5. 口を開閉するとき、あごで音がしたり、痛みがありますか。	はい ・ いいえ

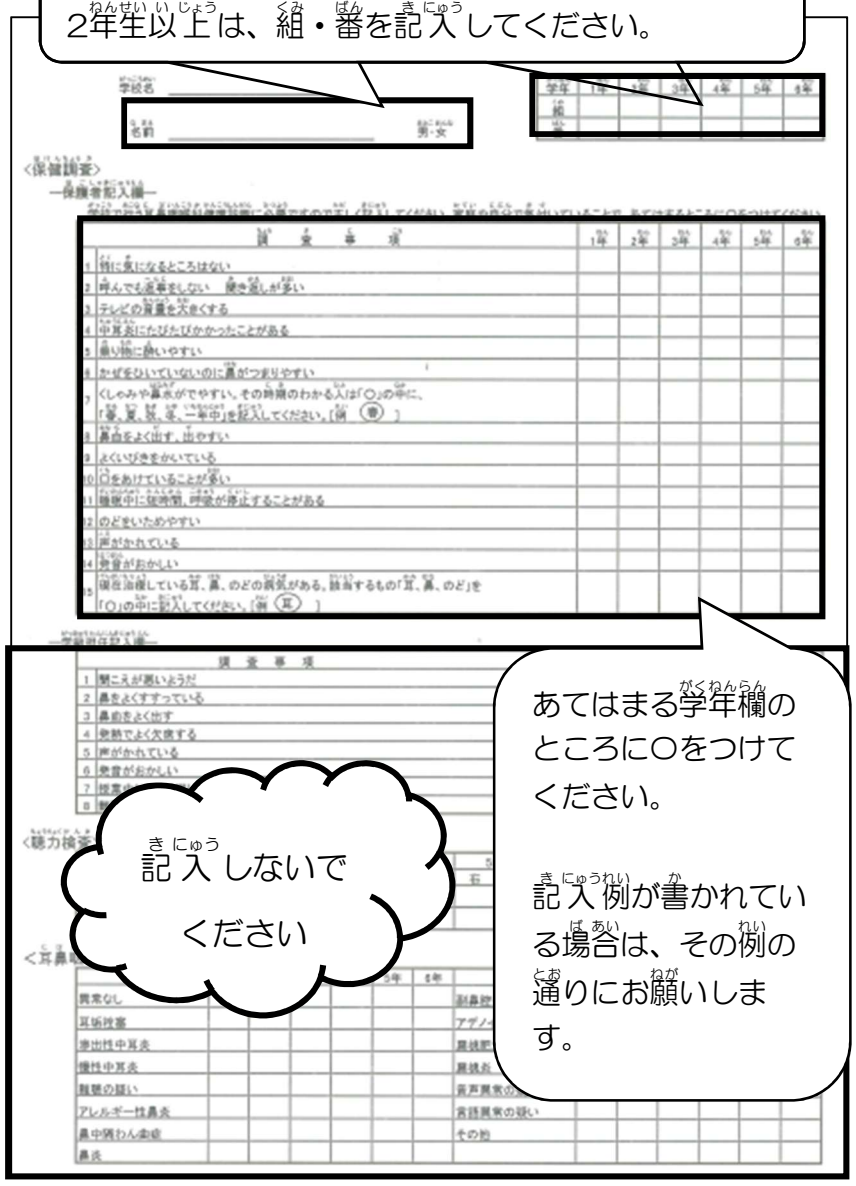
…は、歯科健康診断の参考とするものです。

「はい」か「いいえ」のどちらかに○をつけてください。

お子さんの姿勢・運動機能を見ながら記入してください。

☆耳鼻咽喉科保健調査票（全学年）

1年生は、組・番・名前・性別を記入してください。
2年生以上は、組・番を記入してください。



あてはまる学年欄のところに○をつけてください。

記入例が書かれている場合は、その例の通りにお願いします。

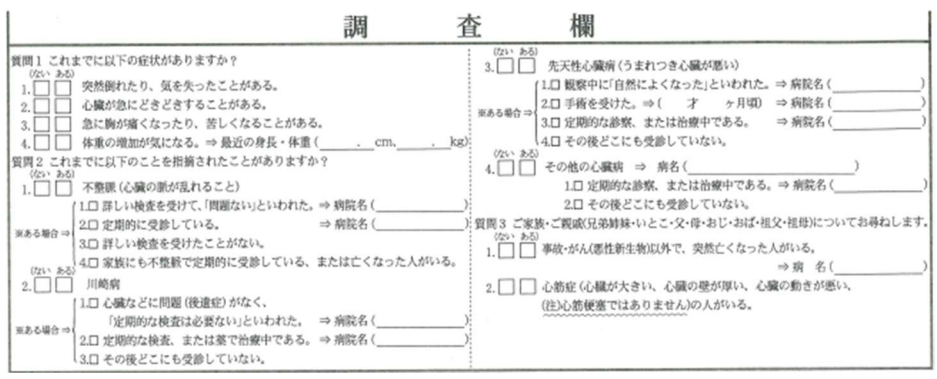
記入しないでください

【表紙】

年・組・番号・名前・フリガナ・性別・年齢を記入してください。

※学校名			学校（園）
※学年組	年　組	※席次	番
※フリガナ		※	男・女
※氏名		※	才

【内側】該当する□に✔を記入してください。



調査欄

質問1 これまでに以下の症状がありますか？
1.□□ 突然倒れたり、気を失ったことがある。
2.□□ 心臓が急にどきどきすることがある。
3.□□ 急に胸が痛くなったり、苦しくなることがある。
4.□□ 体重の増加が気になる。⇒ 最近の身長・体重（　　cm、　　kg）

質問2 これまでに以下のことを指摘されたことがありますか？
1.□□ 不整脈（心臓の脈が乱れること）
※ある場合⇒ 1.□ 詳しい検査を受けて、「問題ない」といわれた。⇒ 病院名（　　）
2.□ 定期的に受診している。⇒ 病院名（　　）
3.□ 詳しい検査を受けたことがない。
4.□ 家族にも不整脈で定期的に受診している、または亡くなった人がいる。
2.□□ 川崎病
※ある場合⇒ 1.□ 心臓などに問題（後遺症）がなく、「定期的な検査は必要ない」といわれた。⇒ 病院名（　　）
2.□ 定期的な検査、または薬で治療中である。⇒ 病院名（　　）
3.□ その後どこにも受診していない。
3.□□ 先天性心臓病（うまれつき心臓が悪い）
※ある場合⇒ 1.□ 観察中に「自然によくなった」といわれた。⇒ 病院名（　　）
2.□ 手術を受けた。⇒（　　才　　ヶ月頃）⇒ 病院名（　　）
3.□ 定期的な診察、または治療中である。⇒ 病院名（　　）
4.□ その後どこにも受診していない。
4.□□ その他の心臓病 ⇒ 病名（　　）
1.□ 定期的な診察、または治療中である。⇒ 病院名（　　）
2.□ その後どこにも受診していない。

質問3 ご家族・ご親戚（兄弟姉妹・いとこ・父・母・おじ・おば・祖父・祖母）についてお尋ねします。
1.□□ 事故・がん（悪性新生物）以外で、突然亡くなった人がいる。⇒ 病 名（　　）
2.□□ 心筋症（心臓が大きい、心臓の壁が厚い、心臓の動きが悪い。（注）心筋梗塞ではありません）の人がいる。

質問1－4、質問2－1・2・3・4、質問3－1の「ある」に✔された場合は続きの質問も答えてください。

☆独立行政法人スポーツ振興センター加入同意書（1年生のみ）



独立行政法人日本スポーツ振興センター災害共済給付制度について

四日市市教育委員会

御入学おめでとうございます。

四日市市教育委員会では市内幼稚園・小・中学校に在学する児童・生徒の不慮の災害に備えて、独立行政法人日本スポーツ振興センター（以下、「JSC」といいます。）と災害共済給付契約を結んでいます。

センターの災害共済給付は、学校の管理下において児童生徒が災害に遭った場合、その治療費や見舞金の給付を保護者の皆様に対して行う制度で、加入に際しては、あらかじめ保護者の皆様の同意の下に、児童生徒の名簿を提出することになっています。加入は任意となっていますが、加入に同意くださる方は、下記の同意書に御記入の上、学校長へ提出してください。

また、災害共済給付の請求手続きは、インターネットを利用した請求システムに必要な事項を入力することにより行われますが、個人情報の取扱いには十分留意いたしますので、ご了承ください。

給付の内容等は、独立行政法人日本スポーツ振興センター法又はこれに基づく政令、省令、通達等に定められています。令和２年１月１日現在、その主な内容は以下のとおりです。

※災害共済給付契約について、本同意書により、初回の同意後、在学中は自動更新となります。

■ 給付の対象となる災害の範囲と給付金額　※障害見舞金及び死亡見舞金の給付金額は、令和元年度から改定しています。

災害の種類	災害の範囲		給付金額
負傷	その原因である事由が学校の管理下で生じたもので、療養に要する費用の額が5,000円以上のもの		医療費 ・医療保険各法の療養に要する費用の額の4/10（そのうち1/10は、療養に伴って要する費用として加算される分） ただし、高額療養費の対象となる場合は、自己負担額（所得区分により負担額が異なる。）に療養に要する費用の額の1/10を加算した額 ・入院時食事療養費の標準負担額がある場合は、その額を加算した額
疾病	その原因である事由が学校の管理下で生じたもので、療養に要する費用の額が5,000円以上のもののうち、文部科学省令で定めるもの （・学校給食等による中毒　・ガス等による中毒　・熱中症　・溺水 ・異物の嚥下又は迷入による疾病　・漆等による皮膚炎 ・外部からの細菌による疾病　・食事による疾病）		
障害	学校の管理下の負傷又は上欄の疾病が治った後に残った障害（その程度により第１級から第14級に区分される。）		障害見舞金　4,000万円～88万円 （通学（園）中の災害の場合 2,000万円～44万円）
死亡	学校の管理下において発生した事件に起因する死亡及び上欄の疾病に直接起因する死亡		死亡見舞金　3,000万円（通学（園）中の場合1,500万円）
	突然死	運動などの行為に起因する突然死	死亡見舞金　3,000万円（通学（園）中の場合1,500万円）
	突然死	運動などの行為と関係のない突然死	死亡見舞金　1,500万円（通学（園）中の場合も同額）

なお、学校の管理下とは、次の場合をいいます。

① 学校が編成した教育課程に基づく授業を受けている場合（保育所等における保育中を含む。）
② 学校の教育計画に基づく課外指導を受けている場合
③ 休憩時間中、その他校長の指示・承認に基づき学校にある場合
④ 通常の経路及び方法により通学（園）する場合
⑤ 寄宿舎にあるとき 等

■ 給付に関する注意事項

① 同一の災害の負傷又は疾病についての医療費の支給は、初診から最長10年間行われます。
② 災害共済給付を受ける権利は、その給付事由が生じた日から２年間行わないときは、時効によって消滅します。
③ 災害共済給付の給付事由と同一の事由について、損害賠償を受けたときは、その価額の限度において、給付を行わない場合があります。
④ 日本スポーツ振興センターによる給付を受けた場合は、地方公共団体の条例等による給付（例えば、こども医療費助成制度・ひとり親家庭等医療費助成制度・障害者医療費助成制度）等の対象になりません。重複して給付があった場合は、受給状況等の確認をさせていただく場合があります。
⑤ 生活保護法による保護を受けている世帯に属する義務教育諸学校及び保育所等の児童生徒に係る災害については、医療費の給付は行いません。

＊これはJSCへの災害共済給付制度の概要を記載したものです。

■ 共済掛金（年額）

保護者等負担額　550 円（小中学校一般児童生徒）
四日市市教育委員会負担額（免責分含む）　385 円（小中学校一般児童生徒）　※負担金額は年額です。

（きりとり）

同　意　書

（加入する場合は必ずご記入ください。）

校長様

四日市市立　　学校

年　組　席　児童生徒氏名

四日市市教育委員会が独立行政法人日本スポーツ振興センターと締結する災害共済給付契約について、在学する間、上記児童生徒が加入することに同意します。

年　月　日　保護者又は後見人氏名

独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度についてお読みいただき、同意書に記入をお願いします。

河原田小学校は全員加入をお願いしております。ご理解のほど、よろしくお願いします。掛金は、学年集金から支払います。

（きりとり）

同　意　書

（加入する場合は必ずご記入ください。）

校長様

四日市市立　　学校

年　組　席　児童生徒氏名

四日市市教育委員会が独立行政法人日本スポーツ振興センターと締結する災害共済給付契約について、在学する間、上記児童生徒が加入することに同意します。

年　月　日　保護者又は後見人氏名

学校名・年・組・席・名前を記入してください。また、日付・保護者又は後見人の名前を忘れずにお願いします。