

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への加入について

大津市教育委員会

御入学おめでとうございます。

大津市教育委員会では大津市立唐崎小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「センター」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、任意となっていますが、加入に同意くださる方は、別紙の同意書に御記入の上、学校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（以下「センター法」といいます。）又はこれに基づく政令、省令、通達等に定められています。改正があった場合は、改正後の規定によりますが、令和2年1月1日現在、その主な内容は下記のとおりです。

※災害共済給付契約について、今回の提出いただきました同意書により、在学中は自動更新となります。

記

1 給付の種類と内容 [災害共済給付の給付基準は、センター法施行令第3条によります。]

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 ●医療保険並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（所得区分により限度額が異なる。）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 ・外部衝撃等による疾病 ・負傷による疾病		
障害	学校の管理下の負傷及び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 （通学中の災害 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 （通学中の災害 1,500万円）
		運動などの行為と関連のない突然死	死亡見舞金 1,500万円 （通学中の災害も同額）

※ 傷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。

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
- 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する場合
- ⑤ 寄宿舎にあるとき 等

2 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、給付を行わないことがあります。
- ④ 他の法令の規定による給付（例：ひとり親家庭医療費助成制度・子ども医療費助成）等を受けたときは、その受けた限度において、給付を行いません。
- 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。

*これは独立行政法人スポーツ振興センターの災害共済給付制度の概要を記載したものです。

3 共済掛金（年額）予定

保護者等負担額 552円（大津市教育委員会負担額 383円）※負担金額は年額です。

※災害共済給付制度の詳細については、独立行政法人日本スポーツ振興センターのホームページをご確認ください。

学校でけがをしたときは…

独立行政法人日本スポーツ振興センターでは、学校で起こったけがなどに対して医療費等の給付を行っています。この給付の経費を、国・学校の設置者・保護者（同意確認後）の三者で負担しています。その仕組みを「災害共済給付制度」といいます。



先日体育の授業でけがをしたヒデオくん。病院での治療を受けたようです。



センターから

給付金が支払われます！

学校で、けがなどをして病院にかかり請求書類が届くと、センターは内容を審査し、基準に該当すると給付金をお支払いします。



- * 健康保険が適用される受診が対象です。
- * 受診した月から2年間請求を行わなかった場合、給付が受けられなくなります。

お願い

『医療等の状況』等を医療機関等に証明していただくに当たっては、医師、歯科医師、薬剤師、柔道整復師、鍼灸師のみなさまの特別の配慮によりご協力をいただいております。用紙を持参してもその場で書くことができない場合もありますことをご了承ください。



学校の管理下って？

1

授業中（保育中を含む）

例 各教科、遠足、修学旅行、大掃除など



2

学校の教育計画に基づく課外指導中

例 部活動、林間学校、臨海学校など



3

休憩時間中及び学校の定めた特定時間中

例 始業前、業間休み、昼休み、放課後



4

通常の経路及び方法による通学（園）中

例 登校（登園）中、下校（降園）中



5

その他
寄宿舎にあるとき

こんなときに給付金をお支払いします

授業中にはさみで指を切る

遠足で虫に刺される

休憩時間に鉄棒から落下

通学中に自転車で転倒

休憩時間に階段から滑って転倒

部活動中の熱中症

学校給食などによる食中毒

部活動試合中の転倒

障害 負傷や疾病が治った後に残った後遺症（その程度によって第1級から第14級まで区分）

死亡 学校の管理下において発生した事件や疾病に直接起因する死亡、突然死

本チラシは概要をお知らせしています。詳しくは、「災害共済給付制度」のお知らせ、センターホームページをご覧ください。



記入例

同意書

大津市教育委員会 様

大津市立唐崎小学校

※クラスはこちら
で記入します。

1年 組 氏名 唐崎 花子

貴教育委員会が、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（園）する間、上記園児・児童・生徒が加入することに同意いたします。

令和3年 4月 1日

保護者又は後見人氏名 唐崎 太郎

登・下校（園）略図

※生活調査票に記入していただいている登下校図と同じとします。
よって、記入していただかなくても結構です

児童生活調査票に記入したものと同一とする。

上の欄にお子さまが毎日通学（園）される道をわかりやすく記入してください。
ご記入になった道での登・下校（園）時の事故には、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対象となります。

**【滋賀県版】
学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）
活用のしおり
～保護者用～**

アレルギー疾患のお子さんをおもちの保護者の皆様へ

文部科学省の調査により、学校には、アレルギー疾患のお子さんが多く通われていることが明らかになりました。

アレルギー疾患のあるお子さんの学校生活をより安心して安全なものにするため、学校はお子さんのアレルギー疾患について詳しい情報を把握する必要があります。

学校生活において、特に配慮や管理が必要なお子さんにつきましては、【滋賀県版】学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）を学校に提出いただきますようよろしくお願いいたします。

**【滋賀県版】学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）は
以下の手順でご活用ください。**

- 1 お子さんのアレルギー疾患に関して、学校での配慮・管理が必要であることをお申し出いただいた場合、学校から「【滋賀県版】学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」（以下管理指導表）をお渡しします。
- 2 各疾患ごとに主治医の先生に管理指導表の記載をお願いしてください。
★主治医の先生に記載してもらう際には、文書料が生じます。
- 3 記載してもらった管理指導表を学校に提出してください。
- 4 記載してもらった管理指導表をもとに、学校と保護者の方とでお子さんの学校生活における配慮や管理について相談します。（この際、必要に応じさらに詳しい情報の提出をお願いすることがあります。）
- 5 病状は変化することがあります。継続して配慮・管理が必要な場合は、原則として内容が同じでも毎年新しい管理指導表を学校に提出してください。

◆【滋賀県版】学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）は、滋賀県教育委員会保健体育課のホームページ「学校保健」からダウンロードすることができます。

【滋賀県版】学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)は 以下のような構成になっています。

◆主なアレルギー疾患ごとに記載できるようにになっています。

- 1 アナフィラキシー・食物アレルギー用
- 2 気管支ぜん息用
- 3 その他のアレルギー疾患用
 - ・アトピー性皮膚炎
 - ・アレルギー性結膜炎

●緊急時の対応などのため、管理指導表に記載された情報を、学校の教職員全員で共有する必要があります。また緊急時には保護者の連絡より優先して救急搬送することがありますので保護者の署名をお願いします。

●緊急時の対応のため保護者の連絡先を記入してください。
●緊急時に搬送する医療機関名を主治医と相談してご記入ください。

◆主治医の先生には、お子さんの疾患についての情報と、学校生活上の指示を記載していただきます。

「病型・治療」欄

アレルギー疾患の原因や症状、服用中の薬など、お子さんの状況が記載されます。

「学校生活上の留意点」欄

学校生活における管理・配慮の必要性が記載されます。

【滋賀県版】学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)
(アナフィラキシー・食物アレルギー用)

発行日 平成 年 月 日

学校 年 級		平成 年 月 日	
名前	性別	年	月
姓	男		
名	女		
※学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に関するため、本表に記載された内容を教職員全員で共有することに同意します。 ※お子さんの緊急時には、保護者への連絡より優先して救急搬送することに同意します。			
保護者署名			
※この欄は保護者がご記入ください。		※緊急時には保護者を連絡する場合があります。	
<保護者>保護者にご記入ください。		医療機関名	
氏名	住所	電話番号	緊急時
姓	名	姓	名
姓	名	姓	名
※管理指導表は必ず学校に提出が望ましい場合であっても、緊急時の管理が必要な場合は、学校に提出しなくても構いません。			
病型・治療			
A. 食物アレルギー(食物アレルギーありの場合のみ記載)		記載日 平成 年 月 日	
1 即時型	2 遅延型	3 食物アレルギーアナフィラキシー	医師名
2 口腔アレルギー症候群	4 蕁麻疹		医療機関
B. アナフィラキシー(アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載)		記載日 平成 年 月 日	
1 食物:卵白	2 鶏卵	3 医薬品	医師名
2 食物:牛乳	3 小麦	4 その他	医療機関
3 運動誘発アナフィラキシー	4 その他		
C. 季節性・感染性疾患を誘発する食物・薬物アレルギー			
※該当食品番号に○をし、()内に診断結果を記載。			
1 鶏卵	()	()	()
2 牛乳・乳製品	()	()	()
3 小麦	()	()	()
4 ソーヤ	()	()	()
5 ビーンズ	()	()	()
6 その他1	()	[]	[]
7 その他2	()	[]	[]
8 その他3	()	[]	[]
D. 緊急時に備えた処置法・緊急時の対応(自由記載)			
1 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)			
2 アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」)			
3 その他			
学校生活上の留意点			
A. 給食		B. 食物・食料を扱う授業・活動	
1 給食不要	2 一部給食必要	1 配慮不要	2 一部配慮必要
(内容については別紙に記入)		(内容については別紙に記入)	
C. 運動(体育・部活動等)		D. 宿泊を行う校外活動	
1 配慮不要	2 一部配慮必要	1 配慮不要	2 食事やイベントの一部に配慮が必要
(内容については別紙に記入)		(内容については別紙に記入)	
E. 主治医から学校への連絡簿(自由記載・医師がご記入ください)			

【滋賀県版】学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

学校 年 級		平成 年 月 日	
名前	性別	年	月
姓	男		
名	女		
※学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に関するため、本表に記載された内容を教職員全員で共有することに同意します。 ※お子さんの緊急時には、保護者への連絡より優先して救急搬送することに同意します。			
保護者署名			
※この欄は保護者がご記入ください。		※緊急時には保護者を連絡する場合があります。	
<保護者>保護者にご記入ください。		医療機関名	
氏名	住所	電話番号	緊急時
姓	名	姓	名
姓	名	姓	名
※管理指導表は必ず学校に提出が望ましい場合であっても、緊急時の管理が必要な場合は、学校に提出しなくても構いません。			
病型・治療			
A. 食物アレルギー(食物アレルギーありの場合のみ記載)		記載日 平成 年 月 日	
1 即時型	2 遅延型	3 食物アレルギーアナフィラキシー	医師名
2 口腔アレルギー症候群	4 蕁麻疹		医療機関
B. アナフィラキシー(アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載)		記載日 平成 年 月 日	
1 食物:卵白	2 鶏卵	3 医薬品	医師名
2 食物:牛乳	3 小麦	4 その他	医療機関
3 運動誘発アナフィラキシー	4 その他		
C. 季節性・感染性疾患を誘発する食物・薬物アレルギー			
※該当食品番号に○をし、()内に診断結果を記載。			
1 鶏卵	()	()	()
2 牛乳・乳製品	()	()	()
3 小麦	()	()	()
4 ソーヤ	()	()	()
5 ビーンズ	()	()	()
6 その他1	()	[]	[]
7 その他2	()	[]	[]
8 その他3	()	[]	[]
D. 緊急時に備えた処置法・緊急時の対応(自由記載)			
1 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)			
2 アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」)			
3 その他			
学校生活上の留意点			
A. 給食		B. 食物・食料を扱う授業・活動	
1 給食不要	2 一部給食必要	1 配慮不要	2 一部配慮必要
(内容については別紙に記入)		(内容については別紙に記入)	
C. 運動(体育・部活動等)		D. 宿泊を行う校外活動	
1 配慮不要	2 一部配慮必要	1 配慮不要	2 食事やイベントの一部に配慮が必要
(内容については別紙に記入)		(内容については別紙に記入)	
E. 主治医から学校への連絡簿(自由記載・医師がご記入ください)			

【滋賀県版】学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

学校 年 級		平成 年 月 日	
名前	性別	年	月
姓	男		
名	女		
※学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に関するため、本表に記載された内容を教職員全員で共有することに同意します。 ※お子さんの緊急時には、保護者への連絡より優先して救急搬送することに同意します。			
保護者署名			
※この欄は保護者がご記入ください。		※緊急時には保護者を連絡する場合があります。	
<保護者>保護者にご記入ください。		医療機関名	
氏名	住所	電話番号	緊急時
姓	名	姓	名
姓	名	姓	名
※管理指導表は必ず学校に提出が望ましい場合であっても、緊急時の管理が必要な場合は、学校に提出しなくても構いません。			
病型・治療			
A. 食物アレルギー(食物アレルギーありの場合のみ記載)		記載日 平成 年 月 日	
1 即時型	2 遅延型	3 食物アレルギーアナフィラキシー	医師名
2 口腔アレルギー症候群	4 蕁麻疹		医療機関
B. アナフィラキシー(アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載)		記載日 平成 年 月 日	
1 食物:卵白	2 鶏卵	3 医薬品	医師名
2 食物:牛乳	3 小麦	4 その他	医療機関
3 運動誘発アナフィラキシー	4 その他		
C. 季節性・感染性疾患を誘発する食物・薬物アレルギー			
※該当食品番号に○をし、()内に診断結果を記載。			
1 鶏卵	()	()	()
2 牛乳・乳製品	()	()	()
3 小麦	()	()	()
4 ソーヤ	()	()	()
5 ビーンズ	()	()	()
6 その他1	()	[]	[]
7 その他2	()	[]	[]
8 その他3	()	[]	[]
D. 緊急時に備えた処置法・緊急時の対応(自由記載)			
1 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)			
2 アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」)			
3 その他			
学校生活上の留意点			
A. 給食		B. 食物・食料を扱う授業・活動	
1 給食不要	2 一部給食必要	1 配慮不要	2 一部配慮必要
(内容については別紙に記入)		(内容については別紙に記入)	
C. 運動(体育・部活動等)		D. 宿泊を行う校外活動	
1 配慮不要	2 一部配慮必要	1 配慮不要	2 食事やイベントの一部に配慮が必要
(内容については別紙に記入)		(内容については別紙に記入)	
E. 主治医から学校への連絡簿(自由記載・医師がご記入ください)			

**保健調査票
記入例**

あてはまる学年欄に○または記入をお願いします。記入漏れがないようご確認ください。
さい。

①氏名を記入して下さい

氏名

1 既往症

1 次の病気にかかったことのある人は、その番号に○をつけ、かかった年齢を書いてください。

1 脳炎または髄膜炎	才	2 心臓病	才	3 川崎病	才
4 腎臓病	才	5 肝臓病	才	6 糖尿病	才
7 小児結核または胸腺炎	才	8 ぜんそく	才	9 けいれん発作	才
10 虫垂炎	才	11 麻しん(はしか)	才	12 風しん(三日ばしか)	才
13 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	才	14 水痘(みずぼうそう)	才	15 百日咳	才
16 生まれた時の状態	安産・難産		出生時の体重		
17 その他()					

2 エレメンギーをおこす食物・薬等について具体的に記入してください。(ある場合は毎年記入を、ない場合も○をつけてください。)

小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
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・ない	ある・ない	ある・ない
食物アレルギー(卵)								

②ある・ないのどちらかを○で囲み、ある場合はアレルギーの内容をご記入ください。

③母子手帳などを参考に記入して下さい

2 予防接種歴 接種年および該当するものに○を記入してください。

1	2	3	4	5	6	7
B C G	三種(四種)混合	ポリオ	麻しん風しん(MR)混合	日本脳炎	ヒブ	肺炎球菌
平成 年	1回 2回 3回	1回 2回 3回	1期 2期	1期 1回 2回	1回 2回 3回	1回 2回 3回
	追加	追加	麻疹単独	1期追加	追加	追加
			麻疹単独	2期		
受けていない	受けていない	受けていない	受けていない	受けていない	受けていない	受けていない

3 内科 あてはまる項目の各学年の欄に○または記入をしてください。

項 目	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
1 あてはまる症状はない	○								
2 じんましんやしっしんが出やすい									
3 アトピー性皮膚炎がある									
4 ぜんそく発作をおこすことがある									
5 よく頭痛がする									
6 少し走ったり運動すると息苦しく、どろろがする									
7 めまいや立ちくらみをおこしたことがある									
8 ひきつけやけいれんをおこしたことがある									
9 微熱がたり、寝汗をかくことがある									
10 朝、からだがかたくなる起きづらい									
11 よく腹痛をおこす									
12 下痢をしやすい									
13 便秘をしやすい									
14 姿勢の悪いのが気になる(肩の高さに左右差がある など)									
◆ 生理がある									
◆ 平常時の体温を記入してください (°C)						36.5			

④あてはまる症状がなければこちらに○をつけてください。

⑤平常時の体温を記入してください。

4 耳鼻咽喉科 あてはまる項目の各学年の欄に○または記入をしてください。

項 目	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
1 あてはまる症状はない	○								
2 耳だれがでている									
3 聞こえにくい様子がある(テレビの音量が大きい、聞き返しが多い、話し声が大きい等)									
4 (かぜをひいていないのに)くしゃみ、鼻水、鼻づまりがある									
5 よく鼻血をだす									
6 においがわからない									
7 いびきをかくことが多い									
8 のどを痛めて、よく熱をだす									
9 声がかわっている									
10 発音が気になる									
11 今までにかかった耳・鼻・のどの病気や手術を受けたものを記入してください									()才

⑥あてはまる症状がなければこちらに○をつけてください

5 眼科 あてはまる項目の各学年の欄に○または記入をしてください。

項 目	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
1 あてはまる症状はない	○								
2 斜視と言われたことがある									
3 目が赤くなったり、目やにがでたり、かゆくなったりする									
4 目を細めたり横目で見ると、本や黒板の字が見えにくい									
5 目がつかれやすい									
6 色をまちがうことがある									
7 メガネやコンタクトをしている									常時 時々
8 現在、経過観察中あるいは治療中の目の病気がある									ある場合○ 病名
9 今までにかかった目の病気や手術を受けたものを記入してください									アレルギー性結膜炎 (3)才

⑦あてはまる症状がなければこちらに○をつけてください

6 歯科 あてはまる項目の各学年の欄に○をしてください。

項 目	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
1 あてはまる症状はない	○								
2 歯が痛んだり、しみたりすることがある									
3 口を開け閉めた時にあごの関節で音がすることがある									
4 口が開きにくく、開く時に痛みを感じるということがある									
5 歯並びで心配なところがある									
6 歯肉から血がでることがある									
7 発音しにくいことばがある									

⑧あてはまる症状がなければこちらに○をつけてください

7 健康状態の経過 お子さんのことで相談したいことや、連絡したい(医師にかかった大きな病気やけが、現在も通院中の場合はその内容を、また現在常用している薬等についても)記入してください。特になければ「なし」と記入してください。

小1	なし	小2	
小2		小5	
小3		小6	

⑨お子さんの健康面で相談や連絡したいことをご記入ください。特になければ「なし」とご記入ください

令和2年1月

保護者様

大津市立唐崎小学校
校長 木村 圭司

運動器検診保健調査票記入のお願い

平素は、本校の健康教育にご理解ご協力を賜りましてありがとうございます。

さて、学校保健安全法施行規則の改正に伴い、平成28年度より定期健康診断の際に運動器検診を行うこととなりました。

運動器健診保健調査票は、運動器検診が正しく行われるために大切なものとなりますので、下記の点にご留意いただき、お子様と保護者の方々のご協力による正確な記入をお願いいたします。

記

- 1 【質問項目1～6】については、漏れないように、いずれかの欄に必ず○を記入してください。
- 2 【質問項目2～6】については、何度かやり直しをして、何度目かでできれば「できる」と判断してください。できない、または痛みを伴う場合は「できない」と判断してください。
- 3 【質問項目4】については、しゃがみやすい足幅で確かめてください。できない場合は、足幅やつま先の向きを変えるなどして何度か確かめてください。
- 4 【質問項目7】については、該当することがあればご記入ください。

運動器検診とは

・「運動器」とは、骨、関節、筋肉、靭帯、腱、神経など、体を支えたり動かしたりする器官の総称です。消化器、呼吸器、循環器等と同様に、からだを構成する大切な仕組みの一つです。運動器は、使い過ぎ、使用不足、いずれにしても、子どもの将来に大きな影響を与えます。

・「運動器検診」は、骨格の異常やバランス能力、関節の痛み、可動域制限がないか等を検診することにより、運動の過不足による障害を早期にチェックし、子どもの将来にわたって健康を守ることを目的にする検診です。

・一年に一度の運動器検診では、日々成長する子どもの体の変化を把握しきることは難しいです。検診に保護者、学校が関わることで、一年を通して子どもの体の変化に「気づく力、見守る目」を養っていくこともこの検診の意義です。

運動器調査票 記入例

氏名を記入して下さい

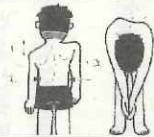
あてはまる学年欄に○または記入をお願いします。記入漏れがないようご確認ください。

氏名

1. 脊柱側弯について

観察ポイント

立位で背中を
観察する。



両方の手のひらを合わせて、両足の中央に来るように前屈する。

あてはまる欄に○印をつけてください。

	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
●当てはまる症状はない。									
①両肩の高さに差がある。									
②左右の脇線の曲がり方に差がある。									
③両肩甲骨の高さ、位置に差がある。									
④前屈した左右の背面の高さに差がある。									

2. 身体をそらしたり、曲げたりしたときに腰に痛みが出ませんか。

観察ポイント



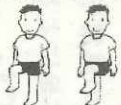
体を曲げたり、そらせたりする。

あてはまる欄に○印をつけてください。

	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
●前屈、後屈においても痛みはない。									
【前屈】痛みがある。									
【後屈】痛みがある。									

3. 片脚立ちをした時に、体が傾いたりふらついたりしませんか。(左右交互に)

観察ポイント



片脚立ちが、5秒以上できる。

あてはまる欄に○印をつけてください。

	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
●片脚立ちがどちらもできる。									
【左脚立ち】ふらつくまたは立てない。									
【右脚立ち】ふらつくまたは立てない。									

4. 足の裏を全部床につけて、完全にしゃがめますか。

観察ポイント

かかとを、地面につけている。



ふらついたり、後ろに転んだりせずにしゃがめる。

どちらかに○印をつけてください。

	小1
●しゃがみやすい足頓で確かめてください。	
※できない場合は、足頓やつま先の向きを変えるなど、何度かやり直しをして確かめてください。何度目かでできれば、「できる」と判断してください。	
※しゃがめない、または痛みを伴う場合は、「できない」と判断してください。	

しゃがめる。

しゃがめない。

5. 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(指が肩につかない)ことはありませんか。

観察ポイント



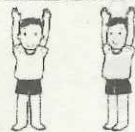
左右差がないか。屈曲では、手指が肩につく。

あてはまる欄に○印をつけてください。

	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
●左肘、右肘ともに曲げ伸ばしができる。									
【左肘】完全に伸びないまたは、完全に曲がらない。									
【右肘】完全に伸びないまたは、完全に曲がらない。									

6. バンザイした時、両腕が耳につきますか。

観察ポイント



あてはまる欄に○印をつけてください。

	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
●両腕ともに耳につく。									
【左腕】腕がつかない。									
【右腕】腕がつかない。									

7. 今まで(または現在)、運動による痛みや障害で整形外科を受診されたことがありますか。

※ある場合には、学年欄に○印をつけ、医師の診断等をご記入ください。

学年	診断等
小1	
小2	
小3	
小4	
小5	
小6	
中1	
中2	
中3	

記入例 <太枠で囲んだ部分をボールペンで記入してください>

[心 臓 検 診 票] 小学校1年生用 大津市教育委員会

保護者の方々へのお願い…この調査票は心臓検診を行うにあたって大変重要なものです。情報の保護には十分な配慮をしますので、できるだけ詳しく、番号・検査番号・検査日は学校で記入します。正確にお答えください。なお、この検査票は保護者による記入をお願いいたします。

検査番号	検査日	平成	学校名	大津市立唐崎小学校
学年 組	年 組 番	生年月日(年齢)	平成	年 月 日 (歳)
フリガナ	からさき はなこ	性別	男	女
氏名	唐崎 花子	記入者名	唐崎 太郎	身長・体重は学校で記入します
		クラブ名		身長・体重は学校で記入します

*質問1~4までの項目について、あてはまる答えに○をつけ () に必要事項を記入してください。

質問1 今までに、心臓が悪いといわれたことがあります。 はい・ いいえ

「はい」と答えた人は以下の質問にお答えください。

①病名、指摘された異常を下記のあてはまるものに☑をつけて質問にお答えください。

先天性心疾患 (病名)

手術またはカテーテル治療を受けましたか。(はい・いいえ)

その治療を受けた病院名 () 時期 (歳 ヶ月)

不整脈・心電図異常 (病名)

心筋疾患 (病名)

心雑音、その他の異常 (病名)

心雑音は、心臓病ではなく無害性(機能的)のものといわれましたか。(はい・いいえ)

心エコー検査を受けましたか。(はい・いいえ)

②現在の状況を教えてください。 現在も通院中 (病院名)

通院するように言われたが行っていない。

今後受診する必要はないと言われた。

質問2 川崎病にかかったことがありますか。 はい・ いいえ

「はい」と答えた人は以下の質問にお答えください。

発症したのは：平成 年 月、最終受診日：平成 年 月

下記のあてはまるものに☑をつけてください。

冠動脈に異常はなく、受診しなくていいと言われた。

冠動脈に異常はないが、もうしばらく定期検査が必要と言われた。

冠動脈に異常があり、通院している。

定期的に検査をするように言われていたが、途中から受診していない。

質問3 今までに、以下のようなことがありましたか。

①心臓が急に速くうちだし、ドキドキすることがある。
 はい・ いいえ

②脈がとどすることがある。
 はい・ いいえ

③胸が痛くなったり、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

④①~④で「はい」と答えた人は以下の質問にお答えください。

その症状があった時期は (歳 年生) の時

病院を受診しましたか。(はい・いいえ)

受診結果 () 病院名 ()

質問4 血縁者(父母・兄弟姉妹・祖父母・おじ・おば)に40歳以下で、心臓病または原因不明により、急死した人がいますか。 はい・ いいえ

学校記入欄 (ここから下は、保護者は記入しないで下さい)

(1) 校医所見 (あり・なし)

・胸部変形 (膨隆・扁平・ろうと胸・なし)

・異常心音・心雑音 (あり・なし)

・その他 ()

(2) 肥満の有無 (あり・なし)

担任等からの情報、意見 (具体的に記入してください)

はいと答えた人はもれなく記入してください

どちらかに○をつける

どちらかに○をつける

どちらかに○をつける

「はい」と答えた人のみ記入してください

どちらかに○をつける

どちらかに○をつける