

令和 7 年度（2025 年度）

保健関係書類 記入例

すべての書類について

クラス・番号の記入は不要です。

空欄のまま、入学式の日にご提出ください。

①保健調査票

保 健 調 査 票

- この調査は学校でおこなう健康診断に必要ですので家庭において保護者が正しく記入してください。
- この調査票は健康状態を把握するとともに、健康管理や保健指導に使用しますので大切にしてください。（9年間継続して使用します）
- 該当学年の欄に必要事項を記入してください。

名前、ふりがな、性別、
生年月日の記入をお願いします。

小学校名	
中学校名	
ふりがな氏名	男・女 平成 年 月 日生

	小 学 校						中 学 校		
学 年	1	2	3	4	5	6	1	2	3
組									
番 号									

組、番号は記入不要。
学校が記入します。

●母子手帳等をご確認いただき、
今のお子さまの様子をご家庭に
おいて保護者の方が正確にご記
入ください。

●この調査票は、お子さまの健康
状態を把握し、健康管理や保健
指導に活用します。

●小学校、中学校を通じて9年間
使用します。（毎年春休みにご記
入をお願いします。）

●当該学年の欄（小1）すべてに
必要事項をご記入ください。

今までにかかったことのある
病気について、かかった年齢
をご記入ください。

こちらにも児童名の記入を

1 既往症

1 表の病名にかかったことのある人は、

1 脳炎または髄膜炎	2 心臓病	3 川崎病
4 腎臓病	5 肝臓病	6 糖尿病
7 小児結核または肺結核	8 ぜんそく	9 けいれん発作
10 虫歯	11 麻しん（はしか）	12 麻疹（三豆ばしか）
13 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	14 水痘（水ぼうそう）	15 百日咳
16 生まれた時の状態	17 安産・難産	出生時の体重 2890
17 その他（川崎病）		

2 アレルギーをおこす

1 卵	2 牛乳	3 小麦	4 大豆	5 魚	6 その他
○					

「ある・ない」どちらかに○印を。
ある場合は、具体的にご記入を。

2 予防接種歴

1	2	3
BCG	四種混合	ポリオ
平成 26 年 1 回 2 回 3 回 4 回 5 回	1 回 2 回 3 回 4 回 5 回	1 回 2 回 3 回 4 回 5 回
受けていない	受けていない	受けていない

母子手帳を参考にご記入を。
四種混合を接種している場合
は、「ポリオ」記入不要。

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 じんましんやしんが当やさい									
3 アトピー性皮膚炎がある									
4 ぜんそく発作を起こすことがある									
5 よく頭痛がある									
6 少し走ったり運動すると息苦しく、どきどきする									
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 発熱がたり、発汗をかくことがある									
10 顔、からだがかたくなることがある									
11 よく腹痛をおこす									
12 下痢をしやす									
13 便秘をしやす									
● 生理がある									
● 平常時の体温を記入してください（℃）	36.6								

該当する項目がない
場合は、ここに○印を。

平熱のご記入を。

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 耳の中にいりやみがある（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 よく鼻血を出す									
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、よく熱を出す									
9 声がなっている									
10 今までにかかった耳・鼻・のどの病気や手術をうけたものを記入してください									

小さいころの病気で
気になることがあれば
ご記入ください。

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 目が赤い									
3 目が腫れたことがある									
4 目がくらんだり、目やにがでたり、かゆくなったりする									
5 目が痛むことがある									
6 目がくらんだり、目やにがでたり、かゆくなったりする									
7 目が痛むことがある									
8 目がくらんだり、目やにがでたり、かゆくなったりする									
9 目が痛むことがある									

該当する項目がない
場合は、ここに○印を。

6 歯 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 歯が痛んだり、しみるなどがある									
3 歯が抜け落ちたり、歯が折れたりする									
4 歯が黄ばんだり、黒く、歯肉が腫れたりする									
5 歯がぐらぐらする									
6 歯が白く、歯肉が腫れたりする									
7 歯がぐらぐらする									
8 歯が白く、歯肉が腫れたりする									
9 歯がぐらぐらする									

該当する項目がない
場合は、ここに○印を。

健康状態の経過

お子さまの健康状態の経過を記入してください。（医師にかかった大きな病気やアレルギーで給食相談など）

小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3

病気や学校生活について、気
になることや心配なことがあ
ればご記入を。
特になければ「なし」とご記
入ください。

②運動器検診保健調査票

- 実際にご家庭で試して、お子さまの様子をご記入ください。
- この調査票は、お子さまの健康状態を把握し、健康管理や保健指導に活用します。
- 小学校、中学校を通じて9年間使用します。（毎年春休みにご記入をお願いします。）
- 当該学年の欄（小1）すべてに必要な事項をご記入ください。

＜記入上の注意＞

- ①注意事項（次頁）を参考にご記入ください。
- ②できない場合は、何度かやり直してください。何度か繰り返してできれば「できる」と判断してください。
- ③ふらつく、立てない、または痛みをともなう場合は「できない」と判断してください。

大津市教育委員会より

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。

近年、未熟な骨や関節、筋肉等に負荷がかかり過ぎることによる障害が、早い時期から競技スポーツを行う児童生徒に増加しています。成長期の骨や関節の障害は生涯続く可能性もあり、できるだけ早期にその疾患や障害の兆しを発見し対処することが、将来に大きな意味を持てきます。

また一方で、近年の児童生徒の生活習慣として運動機会が減少した結果、成長期に獲得すべきバランス能力・筋力の低下、体が硬いなど運動器の発育不全が起こり、怪我をしやすい体になっていること、さらに肥満や痩せにつながっている可能性もあります。

この調査票は、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、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します。

運動器検診とは

・「運動器」とは、骨、関節、筋肉、神経、靱帯、腱など、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とする検診です。

・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。

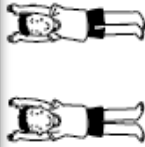
1～6については、それぞれ漏れないように、いずれかの欄に○印をつけてください。

いい(指が肩につかない)ことはありませんか。



- [illegible]

6. バンザイした時、両腕が耳につきま9が。

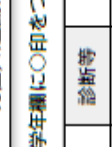


六上

THE JOURNAL OF THE

- 両腕ともに耳につく。
【左胸】腕がつかない。

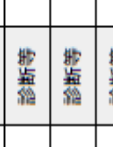
7 会丰不(非は現在)運動に上る疲みや障害不



ハヤブサ／＼と飛ぶ姿の映画 十一巻 四〇二頁 五五頁 五五頁

- | | | |
|----|------|--|
| 小2 | 絵本読み | |
| 小3 | 絵本読み | |
| 小4 | 絵本読み | |

	按生产法		按生产法
--	------	--	------



16

- 切腹かやり直しをして確
信してください。
と判断してください。

③緊急連絡カード

- 学校での救急体制（連絡）の手だてとして、保健室に保管して使用します。
- 保護者の連絡先（昼間に連絡が可能な携帯電話やお勤め先等）や、かかりつけ医師、病院を明確にしておくことで、事故発生時によりスムーズな救急体制をとることができます。
- お子さまが4年生になる時に、改めて新しい用紙をお渡しします。
- 年度途中に変更された場合、担任を通じてご連絡ください。

<記入上の注意>

- ①電話番号について
 - ・優先順位がある場合は、順番（①②…）にご記入ください。
 - ・携帯電話をお持ちの場合は、できるだけご記入ください。
 - ・お勤め先の場合は、勤務されている職場の名前や曜日、時間帯をご記入ください。
 - ・内線が必要な方は、内線番号もご記入ください。
- ②保護者の方以外に祖父母や親せきの方で、緊急時に連絡が可能な方やお迎えに来ていただける方がおられましたら、できるだけご記入をお願いします。

緊急連絡 カード

大津市立下阪本小学校

このカードは、児童の事故発生や緊急時に必ず3年間通じて使用しますので、正確に記入しなお、1年に1回（4月）確認します。

学年・組・番号は記入しない
学校で記入します

ふりがな	おおつ びわこ	年 組 番	年 組 番	年 組 番
児 童 名 前	大津 びわ湖	保 護 者 名	大津 太郎	
生 年 月 日	平成 30 年 9 月 1 日生	続柄（ 父 ）		
性 別	女	緊急連絡先		
住 所	大津市下阪本〇丁目●-△△	① 母 携帯	090-1111-1111	
自 宅 電 話	578-●△○▲	② 父 携帯	080-2222-2222	
☆受診時の留意点（薬物等アレルギー、既往症等）		③ 母 ○○○	077-333-3333	
・たまごアレルギー		④ 父 ▲▲▲	077-444-4444	
インフルエンザの予防接種 禁止		⑤ 祖母 大津花子	090-5555-5555	
・薬（薬剤名）でじんましん出たことあり		*かかりつけ医療機関		
・川崎病で通院中（▲▲病院）		診療科名	医療機関名・主治医名等	電話番号
		整形外科外科	下阪本クリニック	666-6666
		内 科	下阪本小児科	777-7777
		歯 科	下阪本歯科	888-8888
		眼 科	下阪本眼科	999-9999
			▲▲病院	101-0101

※この緊急連絡カードは、事故発生時の緊急連絡用としてのみ利用します。必ず連絡が取れるようにご記入ください。
 ※変更がある場合は、担任までご連絡ください。
 ※必要に応じ、医療機関等へ情報を提供する場合があります。ご了承ください。

④心臓検診票

●この調査票は、心臓検診（心電図検査）で、医師が判読するために活用します。ご家庭において保護者の方が正確にご記入ください。

●できるだけ詳しく、正確にご記入ください。

●心臓管理指導表をお持ちの方は、入学式の日担任へご提出ください。

<記入上の注意>

- ①学年、名前、フリガナ、生年月日、性別をご記入ください。
- ②記入者名は、記入された方のお名前をご記入ください。
- ③次の項目は記入不要です。
組、番号、身長、体重、クラブ名
検査番号、検査日
- ④質問1～4までの項目について、あてはまるものに○印を記入。
- ⑤各質問で「はい」と回答した場合は、次の質問にもれなく回答してください。

【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、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	③記入不要	検査日	令和	③記入不要	学校名	大津市立下阪本小学校	
学年 組	年 組 番	生年月日(年齢)	平成 30 年 9 月 1 日 (6 歳)		性 別	男・女	身長
フリガナ	オオツ ビワコ	記入者名	大津 太郎		クラブ名	③記入不要	体重
氏 名	大津 びわ湖						kg

*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か。 (はい・いいえ)

「はい」と答えた人は以下の質問①～⑤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 心室中隔欠損) (医療機関名 大津〇〇病院)

□心臓病 (医療機関名)

□心臓病 (医療機関名)

□心臓病 (医療機関名)

②-1 心 (はい・いいえ)

②-2 心 (はい・いいえ)

③手術またはカテーテル治療を受けましたか。 (はい・いいえ)

④その治療を受けた時期と医療機関はどこですか。 (医療機関名 大津〇〇病院) 時期 (3 歳 6 ヶ月)

⑤現在の状況を教えてください。 (医療機関名 大津〇〇病院)

□現在も通院中 (医療機関名 大津〇〇病院)

□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 30 年 1 月 3 日、最終受診日：平成 30 年 4 月 3 日

下記のあてはまるものに○をつけてください。

□ 冠動脈 ()

□ 冠動脈 ()

□ 冠動脈 ()

□ 定期的 ()

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 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

③ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

④ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

⑤ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

⑥ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

⑦ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

⑧ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

⑨ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

⑩ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

⑪ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

⑫ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

⑬ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

⑭ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

⑮ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

⑯ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

⑰ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

⑱ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

⑲ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

⑳ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㉑ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㉒ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㉓ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㉔ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㉕ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㉖ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㉗ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㉘ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㉙ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㉚ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㉛ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㉜ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㉝ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㉞ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㉟ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㊱ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㊲ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㊳ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㊴ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㊵ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㊶ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㊷ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㊸ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㊹ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㊺ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㊻ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㊼ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㊽ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㊾ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

㊿ 胸がとぶことがある。 (はい・いいえ)

質問4 血縁者(父母・兄弟姉妹・祖父母・おじ・おば) 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(ここからは保護者は記入しないでください)

()

記入不要

令和3年度訂版

●川崎病既往や定期的に受診をされている方で、小学校入学までに受診を予定されている方は、心臓病管理指導表をお渡しします。
必要な方は、小学校まで連絡ください。

⑤結核健康診断に関わる海外居住歴の調査

- この調査票は、内科検診で医師が結核の項目について確認するために使用します。
- できるだけ詳しく、正確にご記入ください。

- ＜記入上の注意＞
- ①クラス、出席番号の記入は不要です。
 - ②過去3年以内に、通算半年以上海外に居住されていた方は、質問2、3にもご回答ください。
 - ③帰国者検診結果をお持ちの方は、写しを合わせてご提出ください。

令和7年2月

新1年生の保護者 様へ

大津市教育委員会

結核健康診断に関わる海外居住歴の調査について

学校における結核健康診断では、結核高まん延国に指定されている地域での居住歴がある場合に、胸部レントゲン撮影などの検査が必要となっています。

つきましては、お子様の海外での居住歴、および居住地域とその期間、帰国者検診の有無について調査を行います。下記の調査票をご記入いただき、入学時に学校へ提出いただきますよう、お願いいたします。

なお、結核高まん延国に居住されていた場合は、入学後、指定の病院にて胸部レントゲン撮影を受けていただく場合があります。検査費用は無料です。

対象となる方には、後日連絡をいたします。

大津市立下阪本小学校 宛

結核健康診断に関わる海外居住歴の調査について

学年・組・番	1年	組
児 童 名		
保 護 者 名		

クラスと出席番号は記入不要です

ご記入ください

どちらかに○をご記入ください

海外に過去3年以内に、通算して半年以上居住されていましたか。

() 居住していません。または、該当しません。→ご記入は以上となります。

() 居住していました。→下記の質問にもご回答をお願いします。

2. 海外での居住歴について、過去3年以内に、通算して半年以上居住していた国（地域）と居住期間をご記入ください。

居住していた国（地域）	
居住期間	西暦 年 月 ～ 西暦 年 月

居住していた場合は、2・3についてもご記入ください

3. 帰国者検診について、どちらかに○をつけてください。

() 帰国者検診の胸部レントゲン撮影を受けていない。

() 帰国者検診の胸部レントゲン撮影を受けた。

→胸部レントゲン撮影の結果 () 異常なし

() 所見あり

※帰国者検診結果をお持ちでしたら、コピーを添付して下さい。