

## 物品購入・引き渡しについて

日 時： 3月21日（木）

9：00～10：30 1001～1126

10：30～12：00 1128～1258

持ち物：申込書の控え（サイズ確認のため）

体操服と教科書の代金（お釣りのないようお願いします。）

PTA 活動へのご協力についてのアンケート用紙(受付で提出)

上靴（スリッパ）

その他

※受け付けは昇降口です。

※当日は保護者のみ、生徒のみでも結構です。

※受付時に通学証明書をお渡しします。

※英語の宿題の「キクタン」は21日に購入する教科書に入っています。

保健調査票の訂正について

別紙

3. 予防接種について

6. 運動器（脊柱・胸郭・四肢・骨・関節）について

に関して、マーカーで引いている部分に対して記載される場合は、抹消線もしくは修正液での訂正をしていただいたうえでご記入くださいますようお願いいたします。

1. 既往症等について (該当する病気について必要事項または○印を記入し、配慮事項等は“7”に詳しく記入してください)

病名・症状	初発年齢	治療の様子		現在の様子			治療年齢	医療機関名
		入院	手術	治療中	服薬	経過観察		
心臓病( )	歳						歳	
心電図異常( )	歳						歳	
川崎病	歳						歳	
腎臓病( )	歳						歳	
糖尿病( 型 )	歳						歳	
けいれんを伴う疾病( )	歳						歳	
自律神経失調症・起立性調節障害	歳						歳	
難聴(右・左)	歳						歳	
脊柱・胸郭( )	歳						歳	
大きなケガ( )	歳	後遺症 なし・あり( )						歳
その他( )	歳						歳	
感染症	麻疹(はしか)						歳	
	風疹(3日はしか)						歳	

2. アレルギーについて (該当する病気・症状等について必要事項または○印を記入してください)

病名	初発年齢	現在の様子			服薬の有無		
		治療中	経過観察中	治療年齢	常時	症状により	無
気管支ぜんそく	歳			歳			
アトピー性皮膚炎	歳			歳			
アレルギーの種類・原因	初発年齢	主な症状			診断の有無		
食物アレルギー( )	歳				有	医療機関名	無
薬品アレルギー( )	歳						
その他( )	歳						
緊急時に備えた処方薬 (本人が常に携帯している)		内服薬・吸入薬・アドレナリン自己注射薬(エピペン®) その他( )					

3. 予防接種について (該当するものに必要事項または○印を記入してください)

種類	接種状況		未接種	不明
MR(麻疹+風疹)	1回目(19年 月)(1歳)	2回目( 年 月)( 歳)		
麻疹	1回目(19年 月)(1歳)	2回目( 年 月)( 歳)		
風疹	1回目(19年 月)(1歳)	2回目( 年 月)( 歳)		
B C G	接種済み(23年5月)(5歳)			

4. 結核について (該当するものに必要事項または○印を記入してください)

今までに結核または結核性の病気にかかったことがありますか		はい・いいえ			
はいの場合	病名(肺浸潤・胸膜炎・肋膜炎・頸部リンパ節結核) その他( )	年 月頃	治療中	経過観察中	治療
今までに結核について保健所や病院で指導を受けたことがありますか		はい・いいえ			
はいの場合	指導内容(検査・服薬・ )	年 月頃	指導中	経過観察中	異常なし

5. 色覚について (該当するものに○印を記入し、学校上特別な配慮が必要なものについては“7”に詳しく記入してください)

自らの見え方の特性を知ることにより、色の誤認を減らすことが可能になります。自身の色覚の特性を知らないまま、進学・就職等で不利益を受けることのないように、自分の色の見え方を知っておくことが大切です。

色覚検査を希望しますか (過去に検査を受けた場合は受ける必要がありません)	1年	希望する ・ 希望しない
--	----	--------------

6. 運動器(脊柱・胸郭・四肢・骨・関節)について (図1を参考に回答してください)

チェック項目	1年	2年	3年	年
①背骨が曲がっている	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
●腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがある	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
③肩・肘関節に痛みや動きの悪いところがある	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
④膝に痛みや動きの悪いところがある	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
⑤片脚立ちしたときに痛みがある	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
⑥足を肩幅に広げてしゃがみこみができない、 できても痛みがある	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
⑦現在、上記の①～⑥について整形外科に通院、または定期的 に経過観察を受けていますか	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ

⑧⑦で「はい」と答えた場合 その部位と傷病名等を書いてください。

また、運動器のどこかに痛いところや気になるところ、ケガの後遺症等あれば記入してください。

1年	【現在取り組んでいるスポーツ:陸上】
2年	【現在取り組んでいるスポーツ:】
3年	【現在取り組んでいるスポーツ:】
年	【現在取り組んでいるスポーツ:】

【図1】

①背骨が曲がっている (脊柱側湾症等検査)	②腰を曲げたり、反らしたりすると 痛みがある (脊柱分離症等検査)	③肩・肘関節に痛みや動きの 悪いところがある (野球肘等検査)
④膝に痛みや動きの 悪いところがある (オスグッド等検査)	⑤片脚立ちをしたときに 痛みがある。 (パルテス病等検査)	⑥足を肩幅に広げ、足の裏を全部床につけて しゃがみこみができない できても痛みがある (関節弛緩性等検査)

7. 学校生活上、配慮が必要な事があれば具体的に記入してください。

1年	
2年	
3年	
年	お願い マーカーで引いた部分に対して、記載される場合は抹消線か、修正液で消して 記載してください。