



令和7年4月7日発行 小平市立小平第十四小学校 保健室

にゅうがく しんきゅう
ご入学、ご進級

おめでとうございます。



じゅうようしょうようごきょうゆ かまじまり え こんねんど
十四小養護教諭の釜島理恵です。今年度も、みなさんの

がっこうせいかつ けんこうめん
学校生活を健康面からサポートしていきます。

よろしくお願ひいたします。

4月 9日 (水) 計測 (2～6年生)

4月10日 (木) 計測 (1年生)

4月14日 (月) 聴力検査 (2年生)

4月15日 (火) 聴力検査 (3, 5年生)

4月17日 (木) 尿検査1次

4月18日 (金) 聴力検査 (1年生)

4月24日 (木) 尿検査1次予備回収日

4月30日 (水) 耳鼻科検診 (全学年)

計測では身長、体重、視力を測ります。

(体育着)

朝、担任の先生に提出します。

紹介です

校医の先生の



内科校医	樹神 元博 先生 (樹神内科クリニック)
耳鼻科校医	君塚 幸喜 先生 (たかの台耳鼻咽喉科)
歯科校医	小林 大明 先生 (ひろあき歯科)
眼科校医	白矢 勝一 先生 (白矢眼科医院)
学校薬剤師	照沼 知子 先生 (三共薬局小平店)



せんせい りゆう い
先生に理由を言って、
ことわってから来る



らいしつ りゆう ようごきょう ゆ
来室理由を養護教諭の
せんせい ことば つた
先生に言葉で伝える



すりきず すいどう みず
すり傷は水道の水で、
じぶん あら
自分で洗ってから来る

ほけんしつ りよう 保健室を利用するときのルールとマナー

ほけんしつ たいちよう ふ りよう けんこう まな そうだん りよう
保健室はケガや体調不良、健康について学びたい、相談があるときに利用できます



にゅうしつ
入室するときは「しつれ
あいさつ
いします」と挨拶を



しつない きぐ つか
室内の器具を使うときは
ひとこえ
一声かけてから



きゅうよう ひと
休養している人が
いるときは静かにする

〈おうちの方へ〉

新しい学級、新しいルール、新しい友達に緊張して過ごしたお子さんが帰宅した後、「おかえり」「今日どうだった？」という家族との会話があるといいなと思います。こどもにとって家は「安全基地」です。冒険して基地に戻ったお子さんは次の日の朝また出発できるように、家で心と体のエネルギーを貯めます。できたことを一緒に喜び、翌日の見通しを確認し、早めに就寝できるようにお声がけください。

4月中は健康診断のための書類の提出がいくつかありますので、以下の通りご理解とご協力をお願いいたします。

【4月14日（月）（1年生は4月11日（金））までに提出していただくもの】

- ① 保健資料 → 変更箇所と該当の学年の欄（次ページ資料参照）に／または○の記入をお願いします。
- ② 運動器検査 保健調査票 → 氏名欄と該当する項目に○を記入してください。
- ③ 心臓検診問診表（1年生）

※該当する場合は、発病年齢と疾病名をご記入ください。
 疾病が継続している場合は、○印をつけてください。
 何もなければ、毎年それぞれの項目に斜線(／)をご記入ください。

1 今までにかかった病気と現在の様子

項目・発病年齢	1年	2年	3年	4年	5年	6年
(記入例) 5年生 2年生まで疾病あり、その後なしの場合	○	○	／	／	／	／
心臓の病気(川崎病を含む) (オ)						
病名()						
腎臓の病気 (オ)						
病名()						
けいれん性体質 (オ)						
病名()						
自家中毒 (オ)						
弱聴 (オ)						
その他() (オ)						
ぜんそく (オ)						
アトピー性皮膚炎 (オ)						
原因()						
じんま疹 (オ)						
原因()						
アレルギー性結膜炎 (オ)						
原因()						
アレルギー性鼻炎 (オ)						
原因()						
食物 (オ)						
原因()						
薬品 (オ)						
原因()						
その他 (オ)						
原因()						

【※花粉症の人はそれぞれの該当するアレルギー項目に○印をつけてください。】

2 ふだんの健康の様子(該当する場合は○印、しない場合は斜線(／)を記入)

項目	1年	2年	3年	4年	5年	6年
平熱(右の欄にご記入ください)	℃	℃	℃	℃	℃	℃
かぜを引きやすい						
よくお腹が痛くなる						
よく頭が痛くなる						
食べ物の好き嫌が多い						
運動や外遊びをあまりしない						
鍵盤かコンタクトを使用している						
その他()						

3 体のことで気になることや、
 学校に知らせておきたいこと
 (特になければ斜線(／)を記入)

1年

2年

3年

4年

5年

6年

4 結核に関すること(該当する場合は○印、しない場合は斜線(／)を記入)

項目	1年	2年	3年	4年	5年	6年
この1年間に結核性の病気ににかかったことがある (例:肺結核、胸膜炎又は肋膜炎、肺動脈結核等)						
この1年間に結核予防の薬を飲んだことがある						
この1年間に家族や同居人で結核にかかった人がいる						
2週間以上「せき」や「たん」が続いている						
海外居住の経験	あり ・ なし					
★ありの場合	居住していた国名() 居住期間 年 月～ 年 月					
最終BCG接種	年 月 ・ 未接種					

5 感染症について(母子手帳を見てご記入ください。入学後に罹患及び予防接種した場合は追加記入してください。)

罹患状況 (かかった感染症のところに年齢を記入)	予防接種 (接種したところに○印)	
麻疹(はしか) () (歳)	三種混合又は四種混合 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 追加	麻疹・風疹(MR) 1期 ・ 2期
風疹(三日はしか) () (歳)		水痘(水ぼうそう) 1回目 ・ 2回目
水痘(水ぼうそう) () (歳)	日本脳炎 【1期】 1回目 ・ 2回目 追加	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 1回目 ・ 2回目
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) () (歳)	【2期】 1回目	

6 緊急連絡

学校において緊急時や体調不良等のお迎えの際に利用します。
 授業に連絡がつくところをご記入ください。なお、変更された場合はご連絡ください。

ふりがな

児童氏名

男 ・ 女

平成・令和 年 月 日生

住 所

電話 ()

順位 児童との関係 氏 名 連絡先 【日中必ず連絡がとれる携帯番号・勤務先等】

1 携帯 () 電話 ()

2 携帯 () 電話 ()

3 携帯 () 電話 ()

保険証の種類(○印を記入) 国民健康保険 社会保険

かかりつけの医療機関名と電話をご記入ください。

外 科	電話 ()	歯 科	電話 ()
整形外科	電話 ()	内 科	電話 ()
眼 科	電話 ()	科	電話 ()