

健康管理カード（表紙）

藤井寺市立小学校

健康管理カード

この健康管理カードはお子様の心身の健康状態について把握し、学校でおこなう健康診断の資料にするとともに在学中の健康管理の参考になるものです。

（このカードは6年間使用します）

ふりがな						男 ・ 女
児童名						
	1年	2年	3年	4年	5年	6年
組						
番号						



健康管理カード

ふりがな	性別	男	女
児童名	生年月日	年	月 日 生

1 既往症(該当する項目に必要事項を記入してください) 2 体質 3 運動器(下記の該当する項目があれば、今の学年の欄に○印をつけてください。)

① 心臓疾患(才) 病名

② 腎臓疾患(才) 病名

③ 熱によるひきつけ 発症(才) 最終のけいれん(才) 服薬の有無(有・無)

④ てんかんによるひきつけ 発症(才) 最終のけいれん(才) 服薬の有無(有・無)

入院・手術歴など学校生活を送るうえで参考になる事項を記入してください。

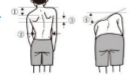
項目	1年	2年	3年	4年	5年	6年
① 頭痛をおこしやすい						
② 腹痛をおこしやすい						
③ 熱をたびたび出す						
④ じんましんがでやすい						
⑤ ぜん息の発作がある						
⑥ 血がとまりにくい						
⑦ 動悸やめまい、息切れをすることがある						
⑧ 唇が紫色になることがある						
⑨ 顔や手足にむくみが出る						
⑩ 脈が乱れる						
⑪ 色間違いをすることがある						
⑫ 薬アレルギーがある(薬品名)						
⑬ 食物アレルギーがある <small>詳細は別紙の調査票で伺います。</small>						
⑭ 初経をむかえている						
女子 月経痛(腹痛・頭痛・吐き気等)がある						
男子 月経痛で学校生活に支障がある						
⑮ 背骨が曲がっている						
⑯ 腰を曲げたり反らしたりすると痛みがある						
⑰ 腕、脚を動かすと痛みがある						
⑱ 腕、脚に動きの悪いところがある						
⑲ 片脚立ちが5秒以上できない						
⑳ しゃがみこみができない						

2 体質 3 運動器 ①～⑳のすべてに該当しない場合は今の学年の欄に○印をつけてください。

* 「3 運動器」の回答の参考にしてください。

⑮ 背骨が曲がっている

① 両肩の高さに差がある
② 左右の肩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に差がある



⑱ 腰を曲げたり反らしたりすると痛みがある

⑲ 腕、脚を動かすと痛みがある

⑳ 片脚立ちが5秒以上できない

㉑ しゃがみこみができない

⑳ 腕、脚に動きの悪いところがある

㉒ しゃがみこみができない

⑱ ⑮の「背骨が曲がっている」に該当する場合は、内科検診時、上半身の衣服を脱ぎ、学校医に背面を診ていただく場合がありますので、ご理解ください。

公益財団法人 日本学校保健会 児童生徒等の健康診断マニュアルより抜粋

4 感染症に関わる記録(それぞれの感染症と予防接種に、○や年月、年齢を記入してください。)

麻疹風しん予防接種を 受けた第1期(年月) 受けた第2期(年月) 受けていない	麻疹(はしか)に かかった(才) かかっていない 風しんに かかった(才) かかっていない	水痘(水ぼうそう)に かかった(才) かかっていない 予防接種を 受けた1回目(年月) 受けた2回目(年月) 受けていない	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)に かかった(才) かかっていない 予防接種を 受けた(年月) 受けていない
BCG 予防接種を 受けた(年月) 受けていない	その他の感染症について		

身長・体重測定結果(学校で記入します) ※裏表紙の成長曲線をご活用ください。

		1年	2年	3年	4年	5年	6年
4月	身長	● cm	● cm	● cm	● cm	● cm	● cm
	体重	● kg	● kg	● kg	● kg	● kg	● kg
9月	身長	● cm	● cm	● cm	● cm	● cm	● cm
	体重	● kg	● kg	● kg	● kg	● kg	● kg
1月	身長	● cm	● cm	● cm	● cm	● cm	● cm
	体重	● kg	● kg	● kg	● kg	● kg	● kg

内科検診(学校で記入します)

学年	校医所見および指示事項			
	所見なし	内科検診	運動器関連	備考
1年	所見あり (心雑音 アトピー その他)		要検査(マアレ) 経過観察 要医療	
2年	所見あり (心雑音 アトピー その他)		要検査(マアレ) 経過観察 要医療	
3年	所見あり (心雑音 アトピー その他)		要検査(マアレ) 経過観察 要医療	
4年	所見あり (心雑音 アトピー その他)		要検査(マアレ) 経過観察 要医療	
5年	所見あり (心雑音 アトピー その他)		要検査(マアレ) 経過観察 要医療	
6年	所見あり (心雑音 アトピー その他)		要検査(マアレ) 経過観察 要医療	

緊急連絡先（病院用）

表

緊急連絡先（病院用）

年 組 番		ふりがな 児童氏名
生年月日	平成	年 月 日生
現住所	藤井寺市	
電話番号	072- -	
保護者の 緊急 連絡先	お名前 () 続柄 ()	
	勤務先 ()	
	勤務時間 ()	
	TEL ()	
	携帯電話 ()	
その他 緊急連絡先	お名前 () 続柄 ()	
	勤務先 ()	
	勤務時間 ()	
	TEL ()	
	携帯電話 ()	
その他 緊急連絡先	連絡先名 () 続柄 ()	
	TEL ()	

※裏面も忘れずにご記入ください。

裏

かかりつけの病院	内 科	TEL ()
	歯 科	TEL ()
	眼 科	TEL ()
	外 科	TEL ()
	整形外科	TEL ()
●薬によるアレルギーはありますか？ ある（薬品名）・ない		
●食べ物によるアレルギーはありますか？ ある（食品名）・ない		
●その他、医師に伝えるべきことがありましたら、お書きください。（手術歴、既往症等）		

※記載事項に変更がございましたら、担任までご連絡ください。

傷病証明書

傷病証明依頼書

令和 年 月 日

担当医師 様

藤井寺市立藤井寺小学校長

下記の児童について証明をお願いいたします。

記

年 組 児童名

き
り
と
り
せ
ん

No. _____

傷病証明書

ダウンロード用

令和 年 月 日

学校長 様

年 組 児童名

感染症の種類	インフルエンザ (A・B) ・百日咳 ・麻疹 流行性耳下腺炎 ・風疹 ・水痘 ・咽頭結膜熱 結核 ・髄膜炎菌性髄膜炎 ・流行性角結膜炎 腸管出血性大腸菌感染症 ・急性出血性結膜炎 その他 ()
備	

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症は
提出の必要はありません

日本スポーツ振興センター 災害共済給付制度

※学校の管理下において、災害に遭った場合
治療費や見舞金等が給付される制度です。

《学校管理下とは》

授業中、休憩時間、登下校、遠足等

《申請について》

書類（病院記入用・保護者記入用）を
渡します。

食物アレルギーに関する調査票

一年に一回のアンケートを実施していますが、何か変化がありましたらすぐにお知らせください。

食物アレルギーに関する調査票 秘

保護者のみなさまへ

この調査票は、**学校給食をはじめ、調理実習・校外学習・宿泊学習を含めた学校生活全般**をより、安心・安全なものにするために必要なものですので、保護者の方が正確に記入してください。なお、医師が管理しているお子さまに対しては、学校生活管理指導表の提出や面談をお願いすることがありますので、ご協力をお願いします。

藤井寺市教育委員会

(記入日 年 月 日)

1年組番	フリガナ	性別	保護者名
	児童名	男女	

大切な調査ですので、保護者の方が回答してください。

下の問いについて、該当する項目の口内に✓を、項目によっては()内に必要事項をご記入ください。

1、現在、お子さんに食物アレルギーはありますか？

はい いいえ → ここで調査は終了です。



2、食物アレルギーの状況について記入してください。

原因食品	原因食品を食したときにあらわれる症状

3、アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか？

ない ある → (回数 回、最後の発症年月: 年 月頃、
原因食品・食材は)

4、食物アレルギーで医師の診断を受けていますか？

いいえ はい → エピペンを処方されていますか？ いいえ はい
内服薬は処方されていますか？ いいえ はい → (薬品名)
運動後症状が大きく発症したことがありますか？ ない ある

5、学校給食での食物アレルギー対応を希望しますか。

希望しない

希望する →

※保護者・学校・給食センターとの面談を実施し、給食センターより詳細な成分表を取り寄せます。

※成分表の取り寄せには、医療機関の受診と学校生活管理指導表の提出が必要です。

※2年生以上で過去に面談している方は、再度面談をご希望でしたら担任までお知らせください。

6、その他、食物アレルギーに関し学校に伝えておきたいこと等ありましたら、お知らせください。

[]

学校生活管理指導表

【表】学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

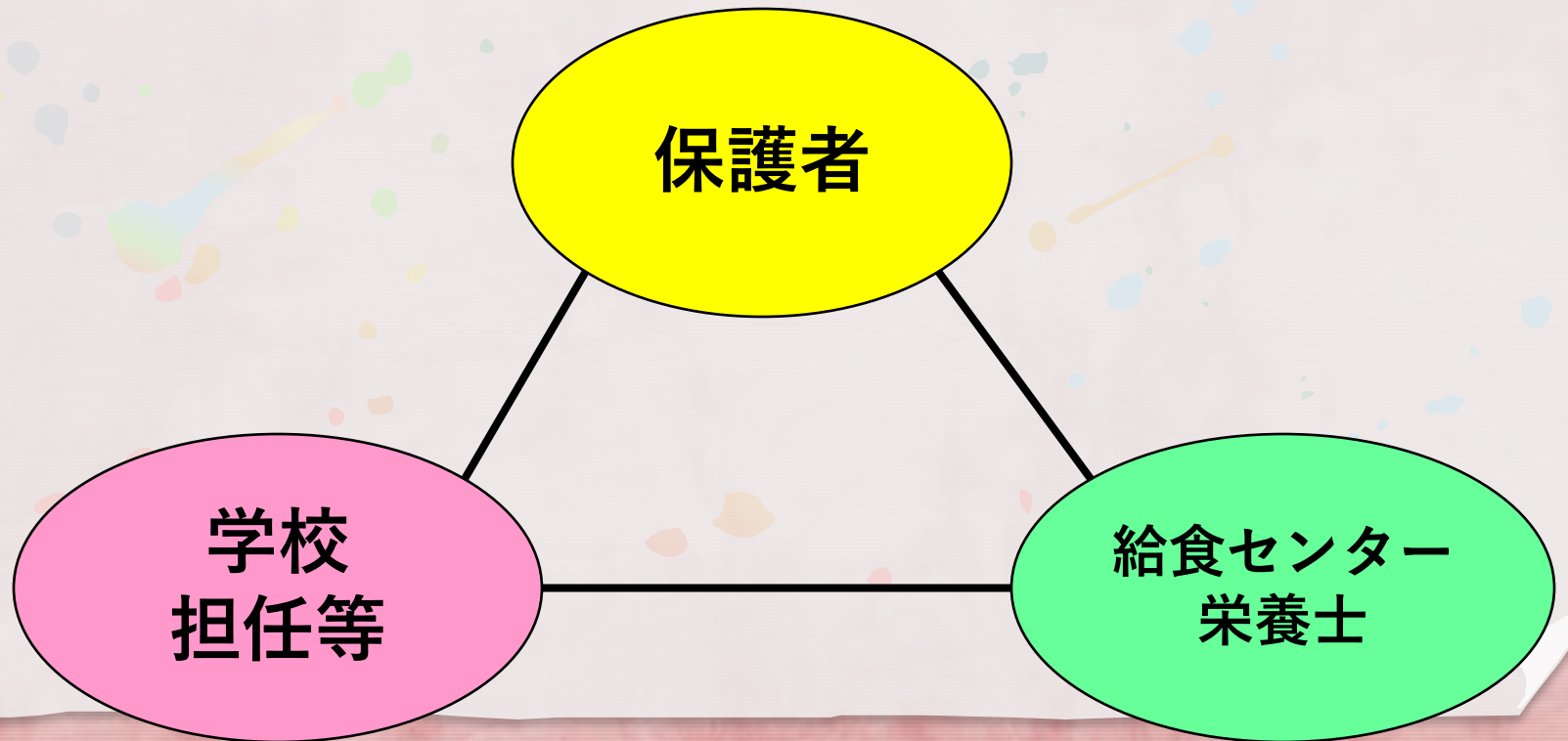
名前 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 年 _____ 組 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 ※この生活管理指導表は、学校の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に医師が作成するものです。

病型・治療		学校生活上の留意点		★保護者
アナフィラキシー (あり・なし) 食物アレルギー (あり・なし)	A 食物アレルギー病型(食物アレルギーありの場合のみ記載) 1. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー B アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載) 1. 食物 (原因) _____) 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 (_____) 5. 医薬品 (_____) 6. その他 (_____) C 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 《 _____ 》 [除去根拠] 該当するものを《 》内に記載 2. 牛乳・乳製品 《 _____ 》 ① 明らかな症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 3. 小麦 《 _____ 》 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取 4. ソバ 《 _____ 》 () に具体的な食品名を記載 5. ピーナッツ 《 _____ 》 6. 甲殻類 《 _____ 》 (すべて・エビ・カニ) 7. 木の実類 《 _____ 》 (すべて・クルミ・カシュー・アーモンド) 8. 果物類 《 _____ 》 (_____) 9. 魚類 《 _____ 》 (_____) 10. 肉類 《 _____ 》 (_____) 11. その他1 《 _____ 》 (_____) 12. その他2 《 _____ 》 (_____) D 緊急時に備えた処方薬 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(「エビペン」) 3. その他 (_____)	A 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 B 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要 C 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 D 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 E 原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なもの ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。 鶏卵：卵殻カルシウム 牛乳：乳糖・乳清焼成カルシウム 小麦：醤油・酢・味噌 大豆：大豆油・醤油・味噌 ゴマ：ゴマ油 魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤 肉類：エキス F その他の配慮・管理事項(自由記述)	電話： _____ ★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____ 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____	
	A 症状のコントロール 1. 良好 B-1 長期管理薬(吸入) 1. ステロイド吸入薬 _____) 2. ステロイド吸入薬 _____) 3. その他 _____) B-2 長期管理薬(経口) 1. ロイコトリエン拮抗薬 _____) 2. その他 _____) B-3 長期管理薬(注射) 1. 生物学的製剤 _____) 薬剤名 _____) C 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 _____) (_____) 2. ベータ刺激薬内服 _____) (_____)	電話： _____ ★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____ 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____		

病院で記入していただきます

給食時に配慮が必要な場合

- ① 「学校生活管理指導表」の提出
- ② 学校にて面談



提出書類について

- 自動払込利用申込書（ゆうちょ銀行）
- 家庭状況調べ
- 食物アレルギー調査票

紙での提出

- 誓約書(現住所地変更に関する)
- 日本スポーツ振興センター同意書
- タブレットPC貸出ライブ配信承諾書

WEB
での提出

封筒の保護者をお忘れなくお願いします

※2月14日(水)までに学校へご提出下さい。