

保護者様

令和2年9月
大阪市教育局
大阪市立鯉江東小学校

就学時健康診断のお知らせ

来年4月から小学校に入学されるお子さんの健康診断を次のとおり行いますので、お子さんといっしょにおこしてください。

記

1 日時

令和2年9月24日（木曜日）

受付開始時刻・・・13：45～

検診開始時刻・・・14：00～

2 場所

大阪市立鯉江東小学校

大阪市城東区今福東1-3-26

場所 講堂

※当日来られない方は、必ずあらかじめ連絡してください。

電話番号 06-6933-6403/6449

（国立・私学進学・転居予定・用事など）

3 持ち物

① 就学時健康診断票（ピンクの複写）

② 就学時健康診断問診票

①、②は記入済みを持ってきて下さい。

③ 当日は上靴（保護者・児童）をご持参ください。

また、下靴を入れる袋（ビニール袋など）をご用意ください。

◎ 就学時健康診断当日に標準服の採寸も行っています。

理科室（東館2階）

4 受診について

- ・ 上記会場、日時以外での受診はできません。
- ・ 当日なんらかの事情でおしになれない場合は、上記の小学校にご連絡ください。
- ・ 保護者またはお子さんについて、健康観察を行い、3日前から発熱等かぜ症状がある場合は受診をお控えください。
- ・ マスクを着用しご来校ください。校内での着用もお願いします。
- ・ 台風などにより当日、中止になる場合には、大阪市または小学校のホームページでお知らせします。
- ・ この就学時健康診断は、受診を強制するものではありませんが、学校保健安全法に基づき、教育委員会が実施するものですので、ご協力をお願いします。なお、就学を決めるにあたっては、本人・保護者の意向を尊重するようにしています。この健康診断によって就学を決めるものではありません。
- ・ 受付順に受診していただきます。特に、全体説明は予定していません。

5 受診ができない場合の問い合わせ先

大阪市総合コールセンター（なにわコール） 06(4301)7285

大阪市教育委員会指導部保健体育担当 06(6208)9141

就学時健康診断票

※太線枠内をご記入ください。

就学 予定 者	ふりがな					性別	保 護 者	ふりがな		
	名 前					男 女		名 前		
	せいねんがっぴ 生年月日	ねん 年	がつ 月	にち 日	ねんれい 年齢	さい 歳		れんらくさきでんわばんごう 連絡先電話番号		
	おも 主な既往症		しんぞうびょう 心臓病 (病名				じんぞうびょう 腎臓病 (病名		ぜん息	
	[あれば記入 してください。]		しょくもつ 食物・その他						) その他 (	

※疾患・疾病に所見がある時はレをご記入ください。

えい 栄	よう 養	じょう 状	たい 態	りょう 良・要注意・その他()				じ 耳 咽 頭 の 疾 病	しよけん 所見なし						
せき 脊		ちゅう 柱		しよけん 所見なし・所見()					しよけん 所見 [☐ じこうせんそく 耳垢栓塞 ☐ ちゅうじえん 中耳炎 ☐ びえん 鼻炎 ☐ アレルギー性鼻炎 ☐ その他 ()						
きょう 胸		かく 郭		しよけん 所見なし・所見()											
その他の皮膚の疾病				しよけん 所見なし しよけん 所見 [☐ しっしん 湿疹 ☐ あとピー性皮膚炎 ☐ その他 ()											
し 視	りょく 力	みぎ 右	A 1.0以上	B 0.9~0.7	C 0.6~0.3	D 0.3未満	() 眼鏡等の視力	むし 歯 数	にゅう 乳	し 歯	しよ 処置歯() 本				
		ひだり 左	A 1.0以上	B 0.9~0.7	C 0.6~0.3	D 0.3未満	() 眼鏡等の視力		えい 永	きゅう 久	し 歯	しよ 処置歯() 本			
め 眼		の 疾		べい 病		しよけん 所見なし しよけん 所見 [☐ けつまくえん 結膜炎 ☐ その他 ()		くわう 口腔	その他の歯の疾病		しよけん 所見なし しよけん 所見 [☐ ようちゅういにゅうし 要注意乳歯 ☐ 歯ならび ☐ かみあわせ ☐ その他 ()				
ちよう 聴		りょく 力		みぎ 右		しよけん 所見なし・所見()			くわう 口腔		の 疾		べい 病		しよけん 所見なし しよけん 所見 [☐ じしゅうしっかん 歯周疾患 ☐ その他 ()
		ひだり 左		しよけん 所見なし・所見()				そ の 他 の 疾 病		しよけん 所見なし				しよけん 所見()	

学校名 大阪市立鯉江東小学校

※この「就学時健康診断結果票」は、大切に持っておいてください。
受診された小学校以外へ就学することになった場合は、就学先の小学校へ提出してください。

記入例(ピンクの紙)

ご記入ください

1紙5

(保護者用)

就学時健康診断票

※太線枠内をご記入ください。

就学予定者	ふりがな	なまづえ たろう		性別	ふりがな	なまづえ はなこ	
	名前	鯨江 太郎		男 女	名前	鯨江 花子	
	生年月日	H26年 4月 2日生	年齢	6歳	連絡先電話番号	自宅(母) 123-4567-89	
	主な既往症	心臓病(病名) 川崎病		腎臓病(病名)	ぜん息		
	(あれば記入してください)	アレルギー (卵・乳)		その他			

※疾患・疾病に所見がある時はレをご記入ください。

栄養状態	良・要注意・その他 ()				耳鼻咽喉の病	所見なし				
脊	柱 所見なし・所見 ()					所見				
胸	肺 所見なし・所見 ()					☐ 耳垢栓塞 ☐ 鼻ポリープ ☐ 中耳炎 ☐ 扁桃肥大 ☐ 鼻炎 ☐ 副鼻腔炎 ☐ アレルギー性鼻炎 ☐ その他 ()				
その他の皮膚の疾病		所見なし 所見 ☐ 湿疹 ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ その他 ()				むし歯数	乳歯	要観察歯 (CO) (本) 処置歯 (本) 未処置歯 (本)		
視力	右	A	B	C	D		()	永久歯	要観察歯 (CO) (本) 処置歯 (本) 未処置歯 (本)	
	左	A	B	C	D		()		その他の歯の疾病及び異常	所見なし 所見 ☐ 要注意乳歯 ☐ 歯ならび ☐ 歯肉疾患 ☐ その他 ()
眼の疾病		所見なし 所見 ☐ 結膜炎 ☐ その他 ()					歯・口腔腔	口腔の疾病		所見なし 所見 ☐ その他 ()
聴力	右	所見なし・所見 ()						その他の疾病		所見なし 所見 ()
	左	所見なし・所見 ()								

学校名

※この「就学時健康診断結果票」は、大切に持っておいてください。

受診された小学校以外へ就学することになった場合は、就学先の小学校へ提出してください。

記入例**ご記入ください**

就学時健康診断問診票 (秘)

NO	ふりがな	なまづえ たろう
	お子さんの名前	鯨江 太郎
通っている幼稚園・保育園(所)等の名前		保
予防接種を受けたものに わかる範囲で○をしてください	ポリオ BCG 3種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風) 日本脳炎 Hib 肺炎球菌 麻しん 風しん 水痘 MR(麻しん・風しん混合) 1期 2期	

既往症はありますか?	(☒) あ り	() な し
------------	--	------------

・心 臓 病 ・腎 臓 病 ・ぜ ん 息 ・アレルギー	については、 <u>就学時健康診断結果票</u> にご記入ください。 (ピンクの用紙、複写になっています。)
--	---

↓ *アレルギーのある人は、下記の項目についてももう少し詳しくご記入ください。

症 状 等	(2) 才の時～・食物・その他 ()
アナフィラキシー	起きたことがある ・ ☒ な い
給食除去食(一部も含め)	☒ 希望する ・ しない
診断書等(医療機関の)	☒ 有 ・ 無
治療対処法	内服薬 ・ 吸入 ・ エピペン (アドレナリン自己注射薬) その他 ()

※その他、学校へ連絡しておきたいことがあればご記入ください。

- ・心臓病(川崎病含む)・・・2才の時・不整脈・日常生活制限なし・年1回・〇〇病院で検査をしている等
- ・腎 臓・・・・・・・・・・・・・・・・(同上を参考に)
- ・ぜんそく・・・・・・・・・・・・・・・・現在の様子(朝・夜・薬を服用している等)
- ・その他・・・・・・・・・・・・・・・・

担当 ()

就学時健康診断問診票 ㊚

NO	ふりがな	
	お子さんの名前	
通っている幼稚園・保育園(所)等の名前		幼 ・ 保
予防接種を受けたものに わかる範囲で○をしてください	ポリオ BCG 3種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風) 日本脳炎 Hib 肺炎球菌 麻しん 風しん 水痘 MR(麻しん・風しん混合) 1期 2期	

既往症はありますか？	() あ り	() な し
------------	---------	---------



・心 臓 病 ・腎 臓 病 ・ぜ ん 息 ・アレルギー	については、 <u>就学時健康診断結果票</u> にご記入ください。 (ピンクの用紙、複写になっています。)
---	---



※アレルギーのある人は、下記の項目についてもう少し詳しくご記入ください。

症 状 等	() 才の時～ ・ 食物 ・ その他 ()
アナフィラキシー	起きたことがある ・ な い
給食除去食(一部も含め)	希望する ・ し ない
診断書等(医療機関の)	有 ・ 無
治療対処法	内服薬 ・ 吸入 ・ エピペン (アドレナリン自己注射薬) その他 ()

※その他、学校へ連絡しておきたいことがあればご記入ください。

担当 ()