

13 提出書類の期日と書き方

封筒に
入れて
提出

学校への提出書類について

書類名	対象学年	提出期日
A 児童保健調査票	新1年生	入学式 専用の封筒（茶）
	新2～5年生	始業式の次の日
B 児童カード （白）	新1年生～6年生	4月入学式、始業式の次の日
C 児童引き取り登録票（学校提出用） （水色）	新1年生～6年生	4月入学式、始業式の次の日
D お便りの情報掲載確認書 （黄色）	新1年生のみ	4月入学式の次の日
E ICTを活用した教育活動に 関する承諾書（ピンク）	新1年生のみ	4月入学式の次の日
F 健康手帳 （入学式日に配付）	新1年生のみ	4月入学式の次の日

※個人情報なので、**緑の封筒（個人情報 重要連絡用）**（学校から配付）に入れて提出してください。

児童保健調査票の記入見本

年度						
学年	1	2	3	4	5	6
組						
出席番号						

毎年、クラスを記入してください。

毎年、3月末に返却を
します。
毎年の見直しをお願い
します。

児童保健調査票

(秘)

個人情報保護用の封筒
(緑の封筒)に入れ
てください。

横浜市教育委員会

◎保健調査票の記入についてのお願い

- この調査票は、お子さんの健康状態を知る上で、大切な資料です。
ご記入いただいた個人情報は、「横浜市個人情報の保護に関する条例」に基づき適切に管理し、原則として以下の目的にのみ使用します。
- 健康状態に関するご家族への緊急連絡
 - 健康診断を円滑に実施するための参考
 - 日常の健康管理の参考
 - 事故等の緊急時における医療機関・区福祉保健センターなどへの情報提供
- なお、学校で把握した疾病罹患者の人数等、個人名を除いた統計情報については、国や県・市が実施する学校保健統計等に利用することがあります。
本調査票は、卒業時まで使用します。毎年、年度当初にご記入または加筆、訂正をしていただき、確認印またはサインの上、担任にご提出ください。
学校では保管に十分留意し、卒業時には返却いたします。

フリガナ			
氏名		年 月 日生	

1. 自宅及び緊急時の連絡先

※変更がある場合は二重線を引いて空欄に記入してください。

自宅住所	横浜市〇区〇〇町	けがや病気で受診が必要なとき、早退するときの連絡に使用しますので、必ず記入してください。 (変更があった場合は必ず訂正してください)	令和6年度修正版
(電話番号)	045-XXXX-XXXX		保護者氏名
緊急連絡先	① 横浜花子(母携帯)	(自宅以外)携帯電話や勤務先など、確実に連絡できる電話番号をご記入ください。 (変更があった場合は必ず訂正してください)	横浜 一郎
(電話番号)	0X0-XXXX-XXXX		

2. 今までにかかった病気

※該当する病気について必要事項を記入し現在の様子に○印をつけてください。

	診断名	診断年齢	現在の様子	備考(医療機関等)
こころに 関する こと	診断名 [心室中隔欠損症]	0 歳	治療中(定期検診) 治った	〇〇総合病院(年1回検査)
	該当に〇→ 川崎病・リウマチ熱・不整脈	歳	治療中・定期検診 治った	
こころ に 関する こと	診断名 []	歳	治療中・定期検診 治った	
	該当に〇→ むくみ・蛋白尿・血尿	歳	治療中・定期検診 治った	
その 他の 病 気 ・ 外 傷	糖尿病			これまでに医師から診断を受けた病気や治療したけが等がある場合、診断された年齢、医療機関等を記入してください。
	けいれん発作			
	該当に〇→ 自律神経失調症・起立性調節障害			
	精神・神経疾患()			
	難聴(右・左)	歳	治療中・定期検診 治った	
	弱視(右・左)	歳	治療中・定期検診 治った	
	その他 [右手首骨折(5才) 右足骨折(6才)]	歳	治療中・定期検診 治った	〇〇整形外科

3. 予防接種履歴

※母子健康手帳等を参考に、予防接種を受けたものを○で囲んでください。

種類	接種状況	未接種	不明	かかった
BCG	(接種済み)	○		
麻疹風しん混合(MR)	1期(X年X月)			
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)				
水痘(みずぼうそう)	接種済み	○		○
四種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)	1期初回(1回) 2期(2回) 3期(3回) 1期追加(1回)			
日本脳炎	1期初回(1回) 2期(2回)			
Hib(ヒブ)	接種済み			
小児用肺炎球菌	接種済み			
B型肝炎	接種済み			

4. 結核について

項目	学年	1年	2年	3年	4年	5年	6年
①今までに結核性の病気(肺結核・肺浸潤・胸膜炎・肋膜炎等)にかかったことがあるか(病名に○をつける)		いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
②今までに結核の予防の薬を飲んだことがあるか		いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
③家族や同居人で結核にかかった人がいるか		いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
④過去3年以内に通算して半年以上日本以外の国に住んでいたことがあるか(国名を記入)		いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
⑤2週間以上「せき」「たん」が続いているか		いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい

5. 平常時の体温

平常時の体温 36.5 ℃

「はい」または「いいえ」に○をつけ、「はい」の場合は年月または国名を記入してください。

~26~

これまでに医師から診断されたアレルギーがある場合、診断を受けた年齢及び現在の状況をご記入ください。配慮事項がある場合は、8.家庭から…の欄に記入してください。

兵 港 性別 女

6. アレルギー ※該当するアレルギー疾患について必要事項を記入し現在の様子に○印をつけてください。

診断名	診断年齢	現在の様子	診断名	診断年齢	現在の様子
ぜんそく	歳	治療中・定期検診中・治った	食物アレルギー	2歳	治療中・定期検診中・治った
アトピー性皮膚炎	歳	治療中・定期検診中・治	原因物質(アレルゲン)がわかっている場合は記入してください。		
アレルギー性鼻炎	歳	治療中・定期検診中・治	給食除去対応が必要ない食品についても記入してください。		
アレルギー性結膜炎	歳	治療中・定期検診中・治			

※原因物質として特定されたもの 乳(卵) 小麦 えび かに そば ピーナッツ くるみ その他の食物 []

薬品 [] その他 []

「エビペン注射液®」を医師から処方されている場合は○をつけてください あり

7. 現在の健康状態 ※1年間の様子であてはまるものに○をつけてください。毎年記入し、必ず確認印またはサインをお願いします。

項目	学年	1年	2年	3年	4年	5年	6年
内科	(1) 動悸、めまい、立ちくらみをすることがある						
	(2) 頭痛・腹痛を起こしやすい						
	(3) 下痢・便秘になりやすい						
	(4) ぜんそくの発作がある		○				
	(5) ぜんそくの薬を使っている		○				
	(6) けいれんの発作および意識の消失がある						
	(7) けいれん発作の薬を飲んでいる						
	(8) 食欲がなく疲れやすい						
皮膚科	(1) 気になる皮膚疾患がある		○				
	(1) 後ろ向きに気をつけの姿勢で、肩の高さやウエストラインの高さが非対称						
	(2)(3) おじぎの姿勢で背中や腰の高さが左右で違う						
	(4) 体をそらしたときに腰に痛みが出る						
	(5) 片足立ちすると体がかたむいたりふらつきたりする						
	(6) 足の裏を全部、床につけてしゃがめない		○				
	(7) 手のひらを上に向けて腕を伸ばしたとき、完全に伸びない、腕が曲がらない、指が耳につかない						
	(8) ばんざいをしたとき、両腕が耳につかない						
眼科	(1) 黒板の字が見えにくい、遠くを見る時目を細める						
	(2) 左右の視線がずれたり、頭を傾ける、上目づかいなど顔の正面で見ないことがある						
	(3) 本を読むと目が疲れたり、頭痛がしたりする						
	(4) 目がかゆく、目やにが出る、目が赤くなる、目がかわく、涙が出るが多い						
	(5) コンタクトレンズを使用していて、見えにくい、充血する、ゴロゴロする						
	(6) 色づかいが気になる						
耳鼻咽喉科	(1) 聞こえが悪い						
	(2) 発音で気になることがある、声がかれている						
	(3) よく鼻水が出る						
	(4) よく鼻がつまる						
	(5) 鼻血が出やすい						
	(6) のどの腫れや痛みをとまぬ発熱が多い						
	(7) ふだん口を開けている						
	(8) いびきをかくことがある						
	(9) 耳鼻咽喉科検診を希望する(上記(1)~(8)に該当する未受診者のみ)						

1年 定期的に通院している病名: ぜんそく アトピー性皮膚炎 (3か月ごと受診) ○○小児科

ぜんそくのため運動制限がある ↑

現在の健康の様子や配慮事項等、左ページに書けなかったことを記入してください。口頭で伝えたいこと等については、直接担任または養護教諭等にご相談ください。

整形外科項目は脊柱、四肢、骨、関節の病気を早期発見するために行います。普段の生活に支障がある痛み、動かしにくさがある場合は○をつけてください。検診では、ご家庭での観察をもとにして、(1)(2)(3) 脊柱側弯症等 (4) 腰椎や腰椎の病気やスポーツ障害等 (5)(6) 股関節、膝関節の病気やスポーツ障害等 (7)(8) 肩関節、肘関節のスポーツ障害等の疑いについてみます。

検査について
※(5)片足立ち、(6)しゃがみこみができない時は、何度か練習してから検査してください。
※(6)しゃがむことができない時は、両足を少し開いてしゃがんでください。

2、3、5、6年生で耳鼻咽喉科の(1)~(8)に該当する症状があり、医療機関を受診していない方で、学校での耳鼻咽喉科検診を希望する場合は○をつけてください。

6年 定期的に通院している病名: 生理周期が不安定で腹痛も強いです。

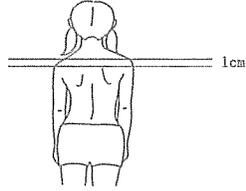
保護者確認印またはサイン 横浜

「脊柱と四肢の状態」の検査方法

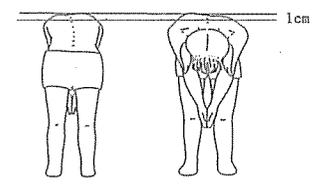
図のように体を動かして調べます。ご家庭で確認していただき、あてはまるものは、前ページの『7.現在の健康状態/整形外科』の番号に○をつけてください。

毎年、見直しをお願いします。

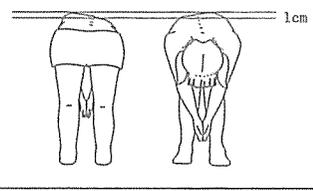
(1) 後ろ向きに気をつけの姿勢で肩の高さやウエストラインの高さが非対称(1cm以上)



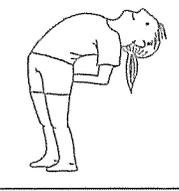
(2) おじぎの姿勢で背中の高さが左右で違う(1cm以上)



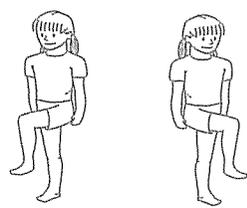
(3) 深いおじぎの姿勢で腰の高さが左右で違う(1cm以上)



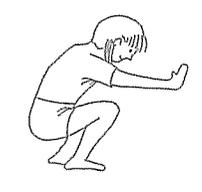
(4) 体をそらしたときに腰に痛みが出る



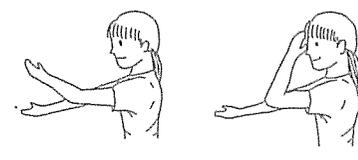
(5) 片足立ちすると、体がかたむいたりふらつきたりする



(6) 足の裏を全部、床につけて完全にしゃがめない



(7) 手のひらを上に向けて腕を伸ばしたとき完全に伸びない腕が曲がらない、指が耳につかない



(8) ばんざいをしたとき、両腕が耳につかない



児童カードの記入・提出

お子さまの様子を理解したり、保護者の方と学校をつないだりするために大切な「児童カード」です。記入漏れや間違いがないように、下の記入例を参考に、別紙「児童カード」(白色の紙)に記入し、ご提出ください。

(秘) 記入例 児童カード		横浜市立十日市場小学校		4年5組7番
				令和5年4月7日記入
ふりがな	とおかいちば げんき			
児童氏名	十日市場 元気 (男・女)		平成25年10月10日生	
現住所	緑区 〇〇番地 〇棟〇〇〇号と記入 マンション名等 ×)1392-1-3-009 はダメ 十日市場ヒルタウン〇〇-〇棟 〇〇〇号		放課後利用施設 (有・無) 施設名 (元気っこクラブ) 利用曜日 (月・水・金)	
ふりがな	とおかいちば たろう			
保護者氏名	十日市場 太郎		登校班 駅東口 班	
緊急連絡先 緊急時に必ず連絡がとれる電話番号を記入してください。 ※連絡のつきやすい順に記入してください。 [携帯、職場、自宅、迎えが可能な親戚など] ※学校は①から順に連絡を入れます。	連絡先(電話番号)		連絡先名(〇〇携帯、〇〇職場、自宅、祖父母宅など)	
	①	□□□-□□□□-□□□□	母携帯	
	②	△△△-△△△-△△△△	母職場(〇〇株式会社)	
	③	◇◇◇-◇◇◇-◇◇◇◇	自宅	
	④	☆☆☆-☆☆	父携帯	
⑤	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	祖父母宅		
家族構成(本人を除く)				
氏名	続柄	本校在学の場合は学年・組 ※小学校以外のお子さんに ついても学年をご記入ください	氏名	続柄 本校在学の場合は学年・組 ※小学校以外のお子さんに ついても学年をご記入ください
(1)十日市場 太郎	父		(5) 桜子	妹 1年5組
(2) 花子	母		(6)	
(3) 浜菜	姉	中学2年生	(7)	
(4) 桃次郎	兄	6年5組	(8)	
帰宅場所		※自宅以外の場合、帰宅場所をご記入ください		
※どちらかに○をつけてください。				
・自宅 ()		連絡先名 十日市場 次郎	児童との続柄 祖父	
・自宅以外 (○)		住所 緑区〇〇町 〇丁目-〇〇番地		
※日常的に、下校後(放課後利用施設終了後)に帰る場所を記入ください。		連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
近くで連絡のとれる友達	4年 5組 氏名 新治 太郎	年 組 氏名		
	年 組 氏名	年 組 氏名		
既往症(いつ・何)	ぜんそく			
食物アレルギー	(有) ・ 無 (原因 卵 牛乳)			
担任に知らせておきたいこと	・新しことに挑戦することが苦手です。ぜひ励ましてください。 ・両親とも仕事があり、キッズクラブや学童に預けることが多くなります。 ・左耳の聞こえが少し悪いようなので、配慮をお願いします。			

裏面もご記入ください

登下校通学路 (自宅～十日市場小学校)

4年5組 児童名

十日市場 元気

登校班

駅東口

住所

十日市場町 ○○番地ヒルタウン○-○棟 ○○○号

図に、自宅からの通学路を
赤線で記入してください

この面にも氏名等を記入してください。

図冊

自宅付近詳細図(目標物を明記)

自宅周辺が分かりやすくなるように、
かいてください。
地図のコピーなどでもよいです。

引き取りカードについて

- A** : 学校へ提出
- B** : 自宅にて保管
- C** : 代理人へ渡す

A : 【学校提出用】
保護者1の欄は必ず記入してください。(3人すべて記入する必要はありません。)
引き取り代理人登録をする方は、必ず記入してください。

B : 【保護者保管用】
A【学校提出用】と同じ内容を記入し、1年間ご自宅で保管してください。

C : 【引き取り代理人カード】
「児童名」「学年組」「保護者名」を記入後、3枚とも代理人へ渡してください。

※次のページのものを見本です。記入は、別紙となります。(青色の用紙)

記入は別紙、青色の用紙です！

A 【令和6年度 児童引き取り登録票】 【学校提出用】

年	組	番	児童名
住所 区			
A 保護者 同居の成人を含む 3人すべて記入しなくてもよい	保護者1…名前 ()		電話番号 (- -) ※児童との関係 ()
	保護者2…名前 ()		電話番号 (- -) ※児童との関係 ()
	保護者3…名前 ()		電話番号 (- -) ※児童との関係 ()
B 引き取り代理人 ☆引き取り代理人を登録する方が記入する ※保護者のみ引き取りの方は記入しない	【引き取り代理人カード①を渡した方】		
	<input type="checkbox"/> 名前 () <input type="checkbox"/> 保護者や児童との関係 () <input type="checkbox"/> 住所 () <input type="checkbox"/> 電話番号 (- -) <input type="checkbox"/> お子さんが本校に在籍している場合 (年 組 名前)		
【引き取り代理人カード②を渡した方】			
<input type="checkbox"/> 名前 () <input type="checkbox"/> 保護者や児童との関係 () <input type="checkbox"/> 住所 () <input type="checkbox"/> 電話番号 (- -) <input type="checkbox"/> お子さんが本校に在籍している場合 (年 組 名前)			

B 【令和6年度 児童引き取り登録票】 【保護者保管用】

年	組	番	児童名
住所 区			
A 保護者 又は同居の成人を含む 3人すべて記入しなくてもよい	保護者1…名前 ()		電話番号 (- -) ※児童との関係 ()
	保護者2…名前 ()		電話番号 (- -) ※児童との関係 ()
	保護者3…名前 ()		電話番号 (- -) ※児童との関係 ()
B 引き取り代理人 ☆引き取り代理人を登録する場合記入 ※保護者のみ引き取りの方は記入しない	【引き取り代理人カード①を渡した方】		
	<input type="checkbox"/> 名前 () <input type="checkbox"/> 保護者や児童との関係 () <input type="checkbox"/> 住所 () <input type="checkbox"/> 電話番号 (- -) <input type="checkbox"/> お子さんが本校に在籍している場合 (年 組 名前)		
【引き取り代理人カード②を渡した方】			
<input type="checkbox"/> 名前 () <input type="checkbox"/> 保護者や児童との関係 () <input type="checkbox"/> 住所 () <input type="checkbox"/> 電話番号 (- -) <input type="checkbox"/> お子さんが本校に在籍している場合 (年 組 名前)			

記入は別紙、青色の用紙です！

C 【令和6年度 引き取り代理人カード】 【代理人へ渡す～1人3枚～】

カード①

年	組	番	児童名
住所 区			
保護者1…名前 ()		電話番号 (- -) ※児童との関係 ()	
保護者2…名前 ()		電話番号 (- -) ※児童との関係 ()	
保護者3…名前 ()		電話番号 (- -) ※児童との関係 ()	
【引き取り代理人カード①を渡した方】			
<input type="checkbox"/> 名前 () <input type="checkbox"/> 保護者や児童との関係 () <input type="checkbox"/> 住所 () <input type="checkbox"/> 電話番号 (- -) <input type="checkbox"/> お子さんが本校に在籍している場合 (年 組 名前)			

年	組	番	児童名
住所 区			
保護者1…名前 ()		電話番号 (- -) ※児童との関係 ()	
保護者2…名前 ()		電話番号 (- -) ※児童との関係 ()	
保護者3…名前 ()		電話番号 (- -) ※児童との関係 ()	
【引き取り代理人カード①を渡した方】			
<input type="checkbox"/> 名前 () <input type="checkbox"/> 保護者や児童との関係 () <input type="checkbox"/> 住所 () <input type="checkbox"/> 電話番号 (- -) <input type="checkbox"/> お子さんが本校に在籍している場合 (年 組 名前)			

年	組	番	児童名
住所 区			
保護者1…名前 ()		電話番号 (- -) ※児童との関係 ()	
保護者2…名前 ()		電話番号 (- -) ※児童との関係 ()	
保護者3…名前 ()		電話番号 (- -) ※児童との関係 ()	
【引き取り代理人カード①を渡した方】			
<input type="checkbox"/> 名前 () <input type="checkbox"/> 保護者や児童との関係 () <input type="checkbox"/> 住所 () <input type="checkbox"/> 電話番号 (- -) <input type="checkbox"/> お子さんが本校に在籍している場合 (年 組 名前)			

きりとり

カード②

年	組	番	児童名
住所 区			
保護者1…名前 ()		電話番号 (- -) ※児童との関係 ()	
保護者2…名前 ()		電話番号 (- -) ※児童との関係 ()	
保護者3…名前 ()		電話番号 (- -) ※児童との関係 ()	
【引き取り代理人カード②を渡した方】			
<input type="checkbox"/> 名前 () <input type="checkbox"/> 保護者や児童との関係 () <input type="checkbox"/> 住所 () <input type="checkbox"/> 電話番号 (- -) <input type="checkbox"/> お子さんが本校に在籍している場合 (年 組 名前)			

年	組	番	児童名
住所 区			
保護者1…名前 ()		電話番号 (- -) ※児童との関係 ()	
保護者2…名前 ()		電話番号 (- -) ※児童との関係 ()	
保護者3…名前 ()		電話番号 (- -) ※児童との関係 ()	
【引き取り代理人カード②を渡した方】			
<input type="checkbox"/> 名前 () <input type="checkbox"/> 保護者や児童との関係 () <input type="checkbox"/> 住所 () <input type="checkbox"/> 電話番号 (- -) <input type="checkbox"/> お子さんが本校に在籍している場合 (年 組 名前)			

年	組	番	児童名
住所 区			
保護者1…名前 ()		電話番号 (- -) ※児童との関係 ()	
保護者2…名前 ()		電話番号 (- -) ※児童との関係 ()	
保護者3…名前 ()		電話番号 (- -) ※児童との関係 ()	
【引き取り代理人カード②を渡した方】			
<input type="checkbox"/> 名前 () <input type="checkbox"/> 保護者や児童との関係 () <input type="checkbox"/> 住所 () <input type="checkbox"/> 電話番号 (- -) <input type="checkbox"/> お子さんが本校に在籍している場合 (年 組 名前)			

記入例

全員提出 4月9日(火)しめきり

※緑の封筒に入れて、ご提出ください。

お便り類の情報掲載確認書

横浜市立十日市場小学校長 宛

次のあてはまる()内いずれかに「○」をお付けください。

() : 学校・PTAの方針に基づく掲載を承諾します。

() : 掲載を辞退します。

令和 ____年__月__日

____年__組 児童名_____

保護者名_____ 印

※入学から卒業まで、**6年間有効**とさせていただきます。

変更が生じた場合は、連絡帳にて担任までお知らせください。

ICT を活用した教育活動に関する承諾書（提出用）

保護者の皆様におかれましては、日々の学校教育活動にご協力いただき、誠に感謝しております。このたび、「クラウドサービス等を活用した教育活動等について」「タブレット端末及び、ケース借用」の承諾をいただき、円滑に ICT を活用した教育活動が行えるように準備を進めていきたいと考えております。つきましては、以下の事項についてよくお読みいただき「承諾書」のご提出をお願い申し上げます。

1 クラウドサービス等を活用した教育活動等について

(1) 取り扱う個人情報（ロイロノート・スクール、G Suite、L-gate 等）

- ・児童生徒の基本情報（氏名、ID、パスワード、学年・学級・出席番号、学校名等）
- ・児童の学習記録（ワークシート・作品の提出やクラスでの共有 等）
- ・学習活動の記録（授業や学校行事、写真等）
- ・児童の健康観察（健康チェック、臨時休業における「オンライン朝の会」等の実施 等）
- ・家庭と学校との連絡（出欠席の連絡、お便り、アンケート 等）

(2) Web会議サービスの利用（Zoom、Meet）

教育活動に学校関係者以外の方が携わる場合、（たとえばオンラインでの外部講師を招いての授業や出前授業を、児童生徒が受ける際）オンラインでのやりとりで児童の画像や氏名などの個人情報が含まれることが考えられます。その際には、個人情報取扱の遵守に同意をいただいた上で利用します。

(3) 留意事項

学校でのクラウドサービス等の利用における個人情報の取り扱いは、教育活動上必要な範囲での利用とし、かつ秘匿性の高い成績・進路情報、家庭環境、病歴などは取り扱いません。

2 タブレット端末及び、ケース借用

- ① 6年間同じ機器（タブレット端末・ケース）を貸し出します。転出・卒業の際は学校へ返却となります。
- ② 通常の適切な使用の範囲で発生した故障などは「Apple の保守サービス (AppleCare for Enterprise)」により、無償で修理や交換を行います。不具合がありましたら、速やかに担任もしくは副校長へご連絡ください。
- ③ 故意に破損させた場合は、弁済システムの対象になります。
- ④ 「友達同士の貸し借り」を行わないように指導いたします。破損した場合も弁済の対象になることがあります。
- ⑤ タブレットは学習のみに使用します。

3 個人情報の取扱いについて

本校では、「横浜市個人情報の保護に関する条例」に基づき、個人情報を適切に取り扱います。

4 情報セキュリティ対策について

本校では、「横浜市情報セキュリティ管理規程」に基づき、情報資産を適正に管理・運用します。

5 この同意書は、入学・転入学から卒業・転出までの間、有効とします。

※同意書は、入学式の次の日にご提出ください。

令和 年 月 日

年 組 番

こちらに記入をお願いします。

児童氏名 _____

保護者氏名 _____

ICT を活用した教育活動に関する同意について

学校の方針に基づく利用を承諾します。

健康手帳の記入例

新1年生は、入学式の日配付

健康手帳

新しい学年が変わる度、
記入をお願いします。

年度入学

横浜市立

小学校

横浜市立

小学校

1年 組 番	4年 組 番	名前
2年 組 番	5年 組 番	
3年 組 番	6年 組 番	

横浜市学校保健会

健康手帳の記入例

児童のみなさんへ

この健康手帳は、あなたの健康のようすがわかり、健康になるためには、どのようにしたらよいかわかるようにつくりられています。つぎのことには気をつけてください。

- 1 自分の健康
- 2 からだの健康
- 3 学校での生活
- 4 家庭での生活
- 5 6年間の健康

名前を書いてください。

保護者のみなさんへ

この手帳は、お子さんの小学校6年間の発育や健康状態の記録です。学校では、この手帳を学習の中で活用しながら、健康安全の指導に努めています。ご家庭でも特に、次の点に留意してご協力ください。

- 1 この手帳によって、お子さんの発育や健康状態をよく知って、健やかな成長を見守ってください。
- 2 学校から連絡のあった病気等は、早めに医療機関で受診してください。検査や治療を受けた場合は、学校に連絡してください。
- 3 検疫結果などをご覧になりましたら、必ず印を押してください。
- 4 お子さん自身が、自分やまわりの人の健康に関心をもち、健康で安全なよい生活習慣が身につくようにしてください。
- 5 お子さんの病状、健康診断あるいは予防接種などでいつでも相談できるようにかかりつけ医(主治医)をもつようにしましょう。

※お手数ですが、
全てのページの角を
切り取ってください。

1ページ

病気の記録

学年	病名	治療期間 (出席停止期間)	指示された事項 (発熱、嘔吐、下痢)	サインまたは印 (発熱、嘔吐、下痢)
		年 月 日 ~ 年 月 日		
		年 月 日 ~ 年 月 日		
		年 月 日 ~ 年 月 日		
		年 月 日 ~ 年 月 日		
		年 月 日 ~ 年 月 日		
		年 月 日 ~ 年 月 日		
		年 月 日 ~ 年 月 日		
		年 月 日 ~ 年 月 日		
		年 月 日 ~ 年 月 日		
		年 月 日 ~ 年 月 日		

40 ページ

学校感染症

次の学校感染症にかかった場合は、流行を防ぐため、医師の診断をもとに、出席停止となります。また、発生した場合は、学校閉鎖などの措置がとられることがあります。

種別	出席停止期間の標準
第一種	発症した日から5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
第二種	発症した日から5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
第三種	発症した日から5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
第四種	発症した日から5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
第五種	発症した日から5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
第六種	発症した日から5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
第七種	発症した日から5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
第八種	発症した日から5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
第九種	発症した日から5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
第十種	発症した日から5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
第十一種	発症した日から5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
第十二種	発症した日から5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
第十三種	発症した日から5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
第十四種	発症した日から5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
第十五種	発症した日から5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
第十六種	発症した日から5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
第十七種	発症した日から5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
第十八種	発症した日から5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
第十九種	発症した日から5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
第二十種	発症した日から5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで

名前を書いてください。