

(秘)

児童調査票

横浜市立豊岡小学校

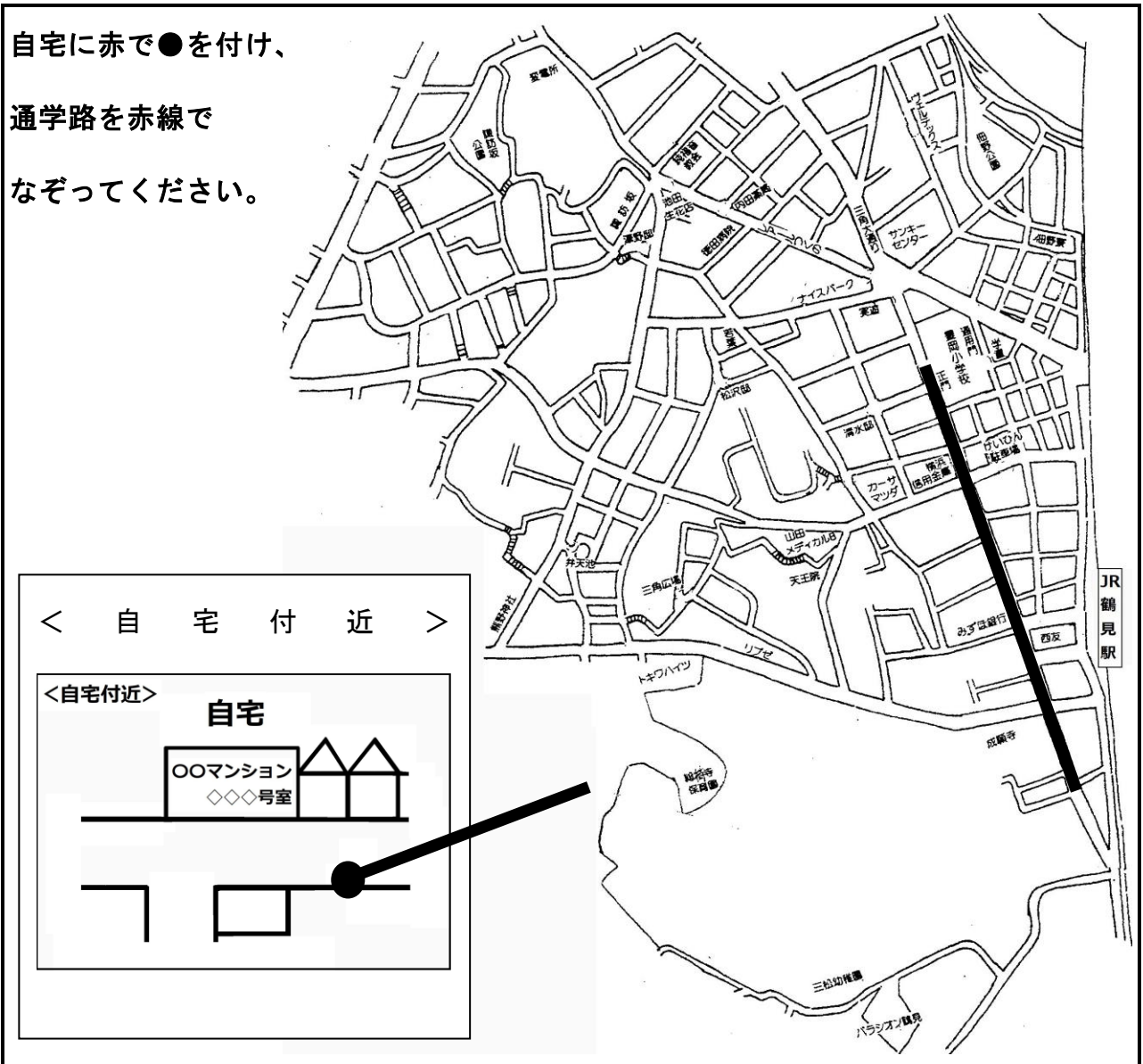
児童	フリガナ 氏名	トヨ オカ た ろう 豊岡 太郎 (<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女)				平成 〇〇年△月△日生			
	住所	横浜市鶴見区 〇〇町 □丁目-■-▲ ◇◇◇◇マンション △△△号室							
保護者	フリガナ 保護者名 (続柄)	トヨオカ イチロウ 豊岡 一郎 (父)			トヨオカ ハナコ 豊岡 花子 (母)				
	家族 (同居人)	★	氏名	続柄	本校在学年組	★	氏名	続柄	本校在学年組
	○	豊岡 一郎	父			豊岡 △△	兄	○年○組	
	○	豊岡 花子	母			豊岡 □□	妹	△△幼稚園	
		豊岡 〇〇	姉	高校2年	○	豊岡 ◇◇	祖母		
	ご家族の中で、早退時に引き取りが可能な方(未成年は不可)は上の★欄に○を付けてください。								
緊急連絡先 (保護者)	※ 緊急連絡先名称と電話番号を、希望順にご記入ください。								
	① 豊岡 花子 (自宅) (xxx) - (000) - (◇◇◇◇)								
	② 豊岡 花子 (母携帯) (090) - (0000) - (0000)								
	③ 豊岡 一郎 (父携帯) (090) - (△△△) - (△△△△)								
④ 豊岡 一郎 (父職場) (xxx) - (xxxx) - (xxxx)									
承諾を得た親族	保護者以外で責任をもって引き取ることを承諾して下さった親族の連絡先 (いる方のみ)								
		氏名	児童との関係		連絡先 (電話番号)				
	⑤	豊岡 ▽▽	叔母		□□□-△△△-◇◇◇◇				
⑥	鶴見 △△	祖母		▽▽▽-0000					

※災害時の引き取りは、保護者・同居の家族・承諾を得た親族とさせていただきます。

家から学校までの略図

所要時間 (〇〇) 分

自宅に赤で●を付け、
通学路を赤線で
なぞってください。



※ 記載内容に変更がありましたら、早めに学校までお知らせください。
ご不明な点は、担任にお尋ねください。

2021年 4月 〇 日記入 (年 月 日変更確認)

※特に、担任に知らせておきたいことがありましたら、ご記入ください。
(放課後キッズ・学童等に登録する方は、その名称をお書きください。)

- ・放課後は、「たけのご学童」に行きます。
- ・〇〇のアレルギーがあります。除去食(××××)があります。
- ・留守家庭なので…
- ・ぜん息があります。発作が起きた場合は…

1. 自宅及び緊急時の連絡先

自宅住所	横浜市中央区本	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)	保護者氏名
(電話番号)	045-〇〇〇		横浜 一郎
緊急連絡先	① 横浜花子 (母携帯) ②	(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)	
(電話番号)	090-▽△△-〇△〇〇		

2. 今までにかかった病気 ※記入してください。

	診断名	診断年齢	現在の様子	備考(医療機関等)
心臓 に 関 心 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	◇◇総合病院 (年1回検査)
	該当に○→ 川崎病・リウマチ熱・不整脈	歳	治療中・定期検診・治った	
腎臓 に 関 心 す る こ と	診断名 []	歳	治療中・定期検診・治った	
	該当に○→ むくみ・蛋白尿・血尿			
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○→ 自律神経失調症・起立性調節障害	歳	治療中・定期検診・治った	
	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 []	歳	治療中・定期検診・治った		

3. 予防接種歴等 ※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	↑		
MR(麻しん+風しん)	1期()			・風しん
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	接種済み			
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回) (3回)			
	1期追加	二種混合		
日本脳炎	1期初回 (1回) (2回)			
	1期追加	2期		
Hib感染症	接種済み			
肺炎球菌感染症	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 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃
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 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃
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 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃
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 国名:	いいえ はい 国名:				いいえ はい 国名:
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	℃
--------	------	---

児童氏名	横浜 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を○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	4 歳	治療中・定期検診中	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。		あった
アトピー性皮膚炎	2 歳	治療中・定期検診中			あった
アレルギー性鼻炎	歳	治療中・定期検診中			あった
アレルギー性結膜炎	歳	治療中・定期検診中			あった
※原因物質として特定されたもの 乳 <input type="checkbox"/> 卵 <input checked="" type="checkbox"/> 小麦 <input checked="" type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> 薬品[
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。 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。					

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。

8. 家庭から学校に知らせておきたいこと(健康面で配慮してほしいことなど)

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	(1)気になる皮膚疾患がある						
(裏面)整形外科 絵を見てください	(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いたりする						
	(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、頭を傾げる、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)目がかゆくなる、目やにが出る、目が赤くなる、目がかたく、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もなう発熱が多い						
	(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)		全員実施			全員実施	

1年
定期的に通院している病気：
ぜんそく アトピー性皮膚炎(3か月ごと受病院：〇〇小児科)

ぜん息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。
普通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) 脊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。

5年
定期的に通院している病気：
病院：

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。

保護者確認印またはサイン

令和3年度 日本スポーツ振興センター加入のお知らせ

横浜市教育委員会

★ 日本スポーツ振興センターとは

学校では、児童生徒が健康で安全な学校生活を送ることができるよう、十分な注意をしていますが、それでも学校内で思わぬケガをすることがあります。このような場合に、医療費や各種の見舞金を給付するため、法律で設立された災害共済給付制度が独立行政法人日本スポーツ振興センターです。加入は原則として任意ですが、横浜市では従来から各学校において在籍している全員が加入して、毎年、多くの方々が医療費などの給付を受けています。

★ 給付が受けられる範囲

授業中や課外指導中はもちろんですが、休憩時間中、通学（登下校）中での事故によるケガなども災害共済給付の対象となります。ただし、交通事故のように、他から損害賠償等を受ける場合は、その限度において給付が行われません。

★ 給付の種類、額について

ケガなどで病院の診療を受けた場合は、総医療費（健康保険法に基づく保険診療分）の4/10（窓口自己負担分の3割+総医療費の1割）相当分が給付されます。

なお、療養に要する医療費の合計が5,000円に満たないものや、高額療養費として健康保険組合などから還付される分は除外されます。また、入院差額ベッド代や差し歯など健康保険の給付対象とならないものも除外されます。

ケガなどにより、後遺症が残った場合は、その程度に応じて4,000万円（1級）から88万円（14級）の見舞金が支給されます。（ただし、登下校中の場合は、半額になります。）

死亡した場合は、その状況によって、3,000万円の見舞金が支給されます。（ただし、運動などの行為と関連しない突然死及び登下校中の場合は、半額になります。）

★ 医療助成制度（小児医療助成制度等）の医療証をお持ちの方

学校管理下での負傷又は疾病など、災害共済給付制度の給付対象となる場合は、災害共済給付制度を優先してご利用ください。原則として、他の医療助成制度（小児医療費助成制度など）は利用せず、いったん医療費の自己負担額分をお支払いいただきますようお願いいたします。

★ 掛金について

保護者等負担額460円（年額）（横浜市教育委員会負担額475円）

掛金の領収書は一括してPTA会長等の代表者に発行します。

各保護者あてには発行しませんので、ご了承ください。

＝くわしいことは学校におたずねください＝

学校でけがをしたときは…

独立行政法人日本スポーツ振興センターでは、学校で起こったけがなどに対して医療費等の給付を行っています。この給付の経費を、国・学校の設置者・保護者（同意確認後）の三者で負担しています。その仕組みを「災害共済給付制度」といいます。



先日体育の授業でけがをしたヒデオくん。病院での治療を受けたようです。



センターから

給付金が支払われます！

学校で、けがなどをして病院にかかり請求書類が届くと、センターは内容を審査し、基準に該当すると給付金をお支払いします。

学校の設置者
(教育委員会、学校法人など)

学校に提出してください

- * 健康保険が適用される受診が対象です。
- * 受診した月から2年間請求を行わなかった場合、給付が受けられなくなります。

お願い

「医療等の状況」等を医療機関等に証明していただくに当たっては、医師、歯科医師、薬剤師、柔道整復師、鍼灸師のみなさまの特別の配慮によりご協力をいただいております。用紙を持参してもその場ですぐには書いていただけない場合もありますことをご了承ください。



学校の管理下って？

1

授業中（保育中を含む）

例 各教科、遠足、修学旅行、大掃除など



2

学校の教育計画に基づく課外指導中

例 部活動、林間学校、臨海学校など



3

休憩時間中及び学校の定めた特定時間中

例 始業前、業間休み、昼休み、放課後



4

通常の経路及び方法による通学（園）中

例 登校（登園）中、下校（降園）中



5

その他

寄宿舎にあるとき

こんなときに給付金をお支払いします

授業中にはさみで指を切る

遠足で虫に刺される

休憩時間に鉄棒から落下

通学中に自転車で転倒

休憩時間に階段から滑って転倒

部活動中の熱中症

学校給食などによる食中毒

部活動試合中の転倒

障 害

負傷や疾病が治った後に残った後遺症（その程度によって第1級から第14級まで区分）

死 亡

学校の管理下において発生した事件や疾病に直接起因する死亡、突然死

本チラシは概要をお知らせしています。詳しくは、「災害共済給付制度」のお知らせ、センターホームページをご覧ください。



麻疹風しん予防接種 Q&A

Q1. 麻疹（はしか）って、どんな病気？（麻疹：Measles）

麻疹（はしか）は、とてもうつりやすい病気です。麻疹（はしか）は、麻疹ウイルスの空気感染（飛沫感染・接触感染）によって発症します。主な症状は、発熱、せき、鼻汁、めやに、赤い発しんです。38℃前後の熱やせき、鼻汁などが2～3日続いてから、高熱とともに赤い発しんが出現します。合併症を引き起こすことが30%程度あり、主な合併症には、気管支炎、肺炎、中耳炎、脳炎などがあります。また、麻疹にかかると数年から10数年経過した後に亜急性硬化性全脳炎（SSPE）という重い脳炎を発症することがあります。

Q2. 風しんって、どんな病気？（風しん：Rubella）

風しんは、風しんウイルスの飛沫感染によって発症します。麻疹より淡い色の赤い発しん、発熱、首のうしろのリンパ節が腫れるなどが主な症状として現れます。合併症として関節痛、血小板減少性紫斑病、脳炎などが報告されています。

妊娠中の女性が風しんに感染すると、お腹の赤ちゃんにも感染し、耳が聞こえにくい、目が見えにくい、心臓に異常があるといった「先天性風しん症候群」になる可能性があります。

Q3. 麻疹風しん予防接種の接種歴は、どこに載っているの？

母子健康手帳にある「予防接種の記録」（後ろの方のページ）で確認してください。

母子健康手帳によっては、「麻疹」と「風しん」の欄が別々に記載されているもの（※1）や、「麻疹風しん混合（MR）」と記載されているもの（※2）があります。



※1

予防接種の記録 Immunization Record				
ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (歳 か月)	メーカー/ロット Manufac- turer / Lot. No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
麻疹（はしか） Measles				
風しん（三日はしか） Rubella				



※2

または 予防接種の記録 Immunization Record				
ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (歳 か月)	メーカー/ロット Manufac- turer / Lot. No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
麻疹（はしか） Measles	第1期			
風しん（三日はしか） Rubella	第2期			
混合				

Q4. 接種の記録を確認したら、「麻疹単独ワクチン」と「風しん単独ワクチン」をそれぞれ1回ずつ接種しているから、今回は接種しなくていいの？

「麻疹単独ワクチン」と「風しん単独ワクチン」をそれぞれ1回ずつ接種している場合でも、2回目の接種（今回）は必要です。ただし、それぞれ2回目の接種を既に行っている場合、改めて接種する必要はありません。

「麻疹風しん混合ワクチン（MR）」の接種は、「麻疹単独ワクチン」・「風しん単独ワクチン」をそれぞれ1回接種したのと同じです。



麻疹風しん予防接種は 済みましたか？

はしか(麻疹)は感染力が非常に強い感染症です。
かかった場合は対症療法しかありません。
予防にはワクチン接種が非常に有効です。

【次の生年月日の方が対象です】

平成26年4月2日～平成27年4月1日生まれ

【無料で受けられる期間】

令和2年4月1日～**令和3年3月31日**まで

(麻疹風しんの定期予防接種は、乳幼児期に1回と小学校就学前に1回の2回接種です)

【接種できる場所】

横浜市内の予防接種協力医療機関※1です。事前に予約等の確認をしてください。

【持参するもの】 次の3点を持参してください。

- 「母子健康手帳」 (お子様の接種歴が確認できるもの) ※2
- 「健康保険証」 (お子様の生年月日と住所が確認できるもの)
- 「予診票(接種券)」 (横浜市発行) ※3

※1 予防接種協力医療機関については、横浜市ホームページをご覧ください。下記のお問い合わせ先におたずねください。

※2 「母子健康手帳」をお持ちでない場合は、予防接種協力医療機関に「お子様の接種歴」を口頭でお伝えいただき、接種前にご相談ください。

※3 「予診票(接種券)」は、対象者の方へ令和2年3月末頃に個別通知にてお送りしています。

横浜市外から転入された方や紛失等で お手元に予診票がない場合 は、「横浜市予防接種コールセンター」にお問い合わせください。

【お問い合わせ先】

**横浜市予防接種
コールセンター**

TEL 045-330-8561

横浜市予防接種コールセンター
(電話→平日 9:00～17:00
土日祝日・年末年始除く)

予防接種のスケジュールや
個別通知(案内)の送付など

FAX: 045-664-7296

・横浜市ホームページ:

<http://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kenko-iryo/yobosesshu/yobosesshu/vaccination.html>

または横浜市予防接種で



麻疹・風しんってどんな病気?など → くわしくは裏面へ