

例

秘 健康管理カード

学年	1	2	3	4	5	6
----	---	---	---	---	---	---

健康保険証		国保・社保 共済 ()		平熱		36.5 °C		
被保険者		氷川 明 続柄 (父)						
かかりつけの医療機関名	科	医療機関名		電話番号				
	内科	〇〇医院		0428-XXX-XXXX				
	小児科	〇〇小児科		0428-XXX-XXXX				
	歯科	〇〇医院		0428-XXX-XXXX				
	外科							
	整形外科							
	眼科							
	耳鼻科	〇〇耳鼻科		0428-XXX-XXXX				
	アレルギー科	〇〇病院		XXX-XXX-XXXX				
	科							
予防接種	・ BCG	< 接種 未接種 >	最終接種	〇年	〇月	か か っ た 感 染 症	・ 麻疹 (はしか)	
	・ 麻疹・風疹 (はしか・三日ばしか)	< 接種 未接種 >	最終接種	〇年	〇月		・ 風疹 (三日ばしか)	
	・ 4種混合 (百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ)	< 接種 未接種 >	最終接種	〇年	〇月		・ 水痘 (みずぼうそう)	〇年〇月 (又は 〇歳)
	・ 2種混合 (ジフテリア・破傷風)	< 接種 未接種 >	最終接種	〇年	〇月		・ 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	
	・ 水痘 (みずぼうそう)	< 接種 未接種 >	最終接種	〇年	〇月		・ その他	
今までにかかった大きな病気 けが、手術								
配慮を要する病気や症状	心臓病・肝臓病・けいれん・喘息・ アレルギー その他							
	診断名	〇〇アレルギー						
	病院名	〇〇病院						
	定期健診	年に 3回 ・ なし			年に 回 ・ なし			
	服薬	薬品名 (〇〇〇〇) ・ なし			薬品名 () ・ なし			
原因・症状・注意事項等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 〇〇を食べると〇〇の症状が出る ・ 〇〇を触ると蕁麻疹が出る ・ 主治医より〇〇の指示が出ている 							

※ 当てはまるものに○を付け、詳細を記入してください。

◇ ここ一年間で当てはまる項目に、○を記入してください。

調査項目		1年	2年	3年	4年	5年	6年
内科	① ひきつけの発作を起こした（※詳細は下段へ）	○					
	② 心雑音があるとされた（※詳細は下段へ）						
	③ めまい・立ちくらみが時々ある						
	④ 乗り物酔いがひどい	○					
	⑤ よく頭痛をおこす						
	⑥ よく腹痛をおこす						
	⑦ 湿疹・かぶれができやすい	○					
	⑧ 関節が痛んだり、腫れたりする						
	⑨ 体がだるかったり、疲労を訴えたりすることが多い						
	⑩ 動悸や息切れがすることがある						
	⑪ よく顔色が悪いと言われる						
	⑫ 姿勢が悪いと言われる						
歯科	① 歯列矯正中である（ 歳より）						
	② かみ合わせや歯並びが悪いと言われたことがある						
	③ 物をかむと、あごの関節が痛かったり、音が鳴ったりする						
眼科	① 目の病気またはけがをした（※詳細は下段へ）						
	② メガネをかけている（ 歳より）						
	③ コンタクトレンズを装着している（ 歳より）						
	④ 目やにが出たり、目が赤くなったりする						
	⑤ 目が疲れやすい	○					
	⑥ まぶしかったり、涙が出たりすることが多い						
	⑦ 物を見るとき、首をよく傾げる						
	⑧ 目がかすんだり、物がぼやけて見えたりする						
	⑨ 黒板の文字が読みにくい						
耳鼻咽喉科	① 耳・鼻・のどの病気やけが、手術をした（※詳細は下段へ）						
	② 聞こえが悪い						
	③ 耳が痛くなったり、耳だれが出たりする						
	④ 耳鳴りがする						
	⑤ 鼻血が出やすい						
	⑥ 鼻水が出やすい						
	⑦ よく鼻がつまっている						
	⑧ 扁桃腺がはれ、熱を出しやすい						
	⑨ 普段、口を開けて呼吸をしている						
アレルギー	① ぜんそくの発作がある（※詳細は下段へ）						
	② じんましんがでる（※詳細は下段へ）						
	③ アトピー性皮膚炎である						
	④ アレルギー性結膜炎や花粉症などの目のアレルギー疾患がある						
	⑤ アレルギー性鼻炎や花粉症などの鼻のアレルギー疾患がある						
	⑥ 薬や食べ物、その他のアレルギーがある（※詳細は下段へ）	○					
保護者確認印またはサイン							

◇ 上記の詳細や、他に心身の健康について連絡しておきたいことがありましたら御記入ください。

1年 ・○歳の時に熱性けいれんを起こしたことがある。○歳以降は起こしていない。 ・○○アレルギー	2年	3年
4年	5年	6年



児童指導資料

学年	1	2	3	4	5	6
----	---	---	---	---	---	---

ふりがな 児童氏名	ひ か わ た ろ う 氷 川 太 郎			生 年 月 日	平成 28年10月15日
現住所	奥多摩町	氷川278		地 区 名	海沢 長畑 大氷川
電話番号	0428-83-2514				日向 境 常盤
ふりがな 保護者氏名	ひ か わ あきら 氷 川 明				栃久保 日原 南氷川
緊 急 連 絡 先	氏名	続柄	勤務先・勤務曜日等	勤務先電話番号・携帯電話	
	氷川明	父	奥多摩町役場	0428-00-0000	
	氷川晴	母	奥多摩町役場	090-0000-0000	
	氷川正	祖父	自営業	0428-00-0000	

緊 急 時 の 引 取 者	氏名	関係	引き取りまでの所要時間と来校手段	電話番号
	氷川正	祖父	時間：(15)分 手段：車・ 徒歩 ・その他()	0428-00-0000
	氷川晴	母	時間：(20)分 手段：車・徒歩・ その他 (自転車)	090-0000-0000
	古里紀子	母友人	時間：(25)分 手段： 車 ・徒歩・その他()	090-0000-0000

※引き取りの優先順に上から御記入ください。

登下校で持たせる携帯電話について ※持たせる場合のみ御記入ください

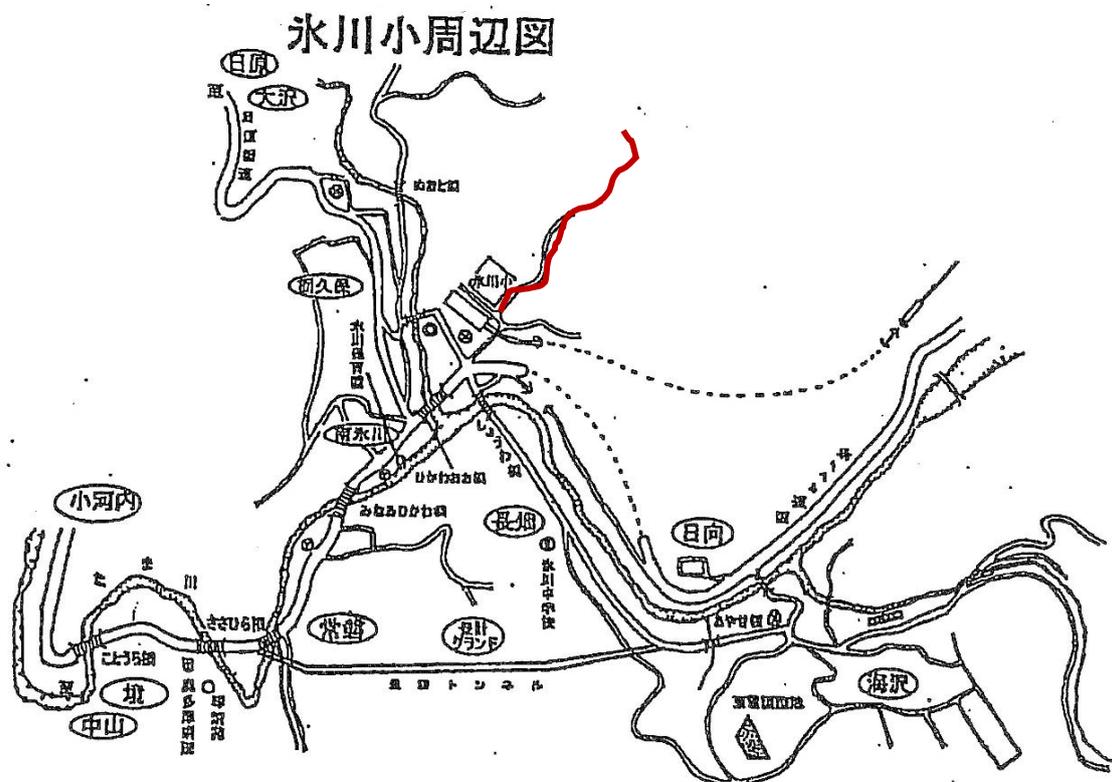
電話番号	090-0000-0000		機器の破損・紛失・電池切れ等について学校が一切責任を負わないこと及び、左の使用上の約束を守らせることに同意し、署名します。
使用上の約束	<input checked="" type="checkbox"/> ①登校後は児童が電源を切り、担任に預ける。 <input checked="" type="checkbox"/> ②下校時は昇降口を出るまで電源を入れない。 <input checked="" type="checkbox"/> ③友達との連絡には使用しない。 <input checked="" type="checkbox"/> ④登下校中歩きながら使用しない。 <input checked="" type="checkbox"/> ⑤その他、学校が必要と判断し加えたルールに従う。	保護者氏名 氷川 明	

生活指導上、学校に伝えておきたいこと

引っ込み思案な性格です。慣れるまで時間がかかるかもしれませんが根は明るい子です。(1年)

氷川小学校までの通学路

※道順を赤線で示してください。(約 15 分)



自宅から氷川小学校までの地図

※インターネット等で経路図を検索した結果を印刷し貼り付けていただいても構いません。

