

保健調査票

石垣市立 大浜 中学校

この調査は、お子さんの健康状態を把握し、学校における健康診断や保健管理に役立てたり、家庭との連絡に使用します。保護者をご記入の上、担任へ提出して下さい。

※3年間使用しますので、大切に扱い紛失しないようにしてください。

※毎学年始めにお返しますので、追加変更のある項目には、もれなくご記入ください。

学年	1年	2年	3年
組			
番号			

(ふりがな) 生徒名	性別(男・女)		生年月日 平成 年 月 日生			
住所	自宅電話					
保護者氏名	職場名		Tel			
緊急連絡先		氏名(ふりがな)	続柄	電話番号(職場等の場合、その名称もご記入ください)		
	①					
	②					

◆既往歴:かかったものは○でかこみ、年齢を記入してください。

◆予防接種(受けたものに○)

病名	年齢	病名	年齢	病名	年齢	けがや手術	BCG	
1. 麻疹(はしか)	才	8. ひきつけ	才	13. 肝臓病	才	交通事故・大きなけが	ポリオ	
2. おたふくかぜ	才	9. 小児喘息	才	病名()		傷病名()	DPT I 期初回	
3. 水ぼうそう	才	10. 川崎病	才	14. その他の病気	才	今までに受けた手術	DPT I 期追加	
4. 風疹	才	11. 心臓病	才	病名()	才	()	MR(風疹・麻疹)	
5. 百日咳	才	病名()	才			()	才	日本脳炎
6. 中耳炎	才	12. 腎臓病	才			その他		その他()
7. 副鼻腔炎	才	病名()	才				その他()	

◆日頃の健康のようす... あてはまるものに○をつけてください

◆アレルギーについて

項目	1年	2年	3年	アレルギー (有・無)
1. よく頭痛をおこす				()ぜんそく ()アトピー性皮膚炎
2. よく腹痛をおこす				()アレルギー性鼻炎 ()花粉症
3. よく熱をだす				()アレルギー性結膜炎
4. めまいや立ちくらみをおこしやすい				()食品 ()薬 ()日光
5. 耳の聞こえが悪い(右・左)				()動物 その他()
6. 鼻血が出やすい・止まりにくい				*原因(食品名や薬品名等)を記入
7. ぜんそく発作を起こす				
8. 関節(膝、肘、肩など)の痛みがある				
9. 生理(月経)がある (初経 年 月)				
生理の時頭痛や気分不良がある				その他 (エピペンの使用歴や常時携帯など)
10. その他 (気になる事があればご記入ください)				

◆現在、治療中の病気、学校に連絡しておきたいことなど (特に無い場合は「連絡事項なし」に○をつけてください)

	1年	2年	3年
治療中の病気や通院などについて記入してください。			
学校で注意すること、要望や連絡しておきたいことがあればご記入ください。			

連絡事項なし () () () () () () () ()

(中学校)

結核に関する問診票

氏名:

保護者へのお願い

子どもたちが楽しく意義ある学校生活を送るには、健康に気をつけなくてはなりません。結核についての健康管理は大切であり、学校においては定期健康診断の中で実施していきます。この問診調査は結核に関する健康診断が正しく行われるために是非必要ですので、保護者の方々の正確なご記入をお願いします。

なお、この問診調査は定期健康診断の結核に関する健康診断以外には使用されません。

学校長

◎記入上の注意：各質問の該当する空欄に○を記入してください。

調査内容		どちらかに○をつけて下さい					
		中1学年		中2学年		中3学年	
記入年月日		R 年 月 日		R 年 月 日		R 年 月 日	
記入者氏名 (保護者)							
質問1	このお子様が、いままでに結核性の病気(例. 肺浸潤、胸膜炎またはろくまく炎、頸部リンパ腺結核)にかかったことがありますか？	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
		年 月 頃		年 月 頃		年 月 頃	
質問2	このお子様が、いままでに結核に感染を受けたとして予防のお薬を飲んだことがありますか？	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
		年 月 頃		年 月 頃		年 月 頃	
質問3	このお子様が、生まれてから家族や同居人で結核にかかった人がいますか？	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
		年 月 頃		年 月 頃		年 月 頃	
質問4	このお子様が、過去3年以内に通算して半年以上、外国に住んでいたことがありますか？ 補問 ※質問4で「はい」と答えた方へ ----- 4-1 それほどこの国ですか？	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
質問5	このお子様は、この2週間以上「せき」や「たん」が続いていますか？ 補問 ※質問5で「はい」と答えた方へ ----- 5-1 このお子さまは、その「せき」や「たん」で医療機関において、治療や検査を受けていますか？ ----- 5-2 このお子さまは、ぜんそく、ぜんそく性気管支炎などといわれていますか？	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	いいえ
		はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ

学校記入欄

結核健診実施日	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日
学校医判定	要検討・不要	要検討・不要	要検討・不要

心臓検診調査票

(一財) 沖縄県健康づくり財団
(2024年度改訂)

保護者の方々がご記入をお願いします

心臓検診は、子供たちが楽しく意義ある学校生活を送るために、学校の健康診断の中でも特に重点がおかれています。この調査は心臓検診を行うためにぜひ必要です。保護者の方々がご記入のうえ、御提出ください。又この調査票の内容を心臓検診以外に使用することはありませんので、保護者の方々のご協力をお願いします。

学校長

学校名	学年	組	番号	氏名	性別		生年月日		
					男	女	平成 令和	年	月

*記入上の注意：あてはまる□に✓を入れ、空欄には年齢・病名・病院名などを書き入れてください。

質問1 今までに心臓に異常があるとされたことがありますか？

- いいえ はい ⇒ (1) 心臓に異常があるとされたのはいつですか？ _____ 歳 _____ ヶ月頃
- (2) どこで言われましたか？ _____ 医療機関名
- (3) 病名は何と言われましたか？ 病名を記入してください。
1. 先天性心疾患 _____ 病名
2. 不整脈 _____ 病名
3. その他の心臓病 _____ 病名
- (4) その後どうしていますか？
- 精密検査の結果、心臓に異常はないと言われた。
_____ 歳 _____ ヶ月頃 _____ ところで (医療機関名)
- 心臓の手術を受けた。
_____ 歳 _____ ヶ月頃 _____ ところで (医療機関名)
- 定期的に医療機関を受診している。
_____ ところで (医療機関名)
- 定期的に医療機関を受診するよう言われているが、受診していない。
- 完治した その他 (具体的に _____)

質問2 川崎病にかかったことがありますか？

- いいえ はい ⇒ (1) 川崎病と診断されたのはいつですか？ _____ 歳 _____ ヶ月頃 _____ ところで (医療機関名)
- (2) 心臓に後遺症を残していると言われていましたか？
 はい いいえ わからない
- (3) 現在、川崎病で定期的に医療機関を受診していますか？
 はい いいえ _____ ところで (医療機関名)

質問3 ここ1年以内に、以下の症状がありましたか？

- いいえ はい _____
- 何もしないのに、急に心臓が早く(いつもの倍以上)打つことがある。
- 脈が飛ぶ(とぎれる)ことがある。
- 気を失ったことがある。(貧血、立ちくらみ、けいれんを除く)
- 胸が締め付けられるように苦しくなることがある。

質問4 両親、兄弟姉妹、祖父母に、下記に該当する人がいますか？

- いいえ はい _____
- 40歳以下で心臓病または原因不明で急死した人がいる。
- 心筋症の人、又はその疾患で亡くなった人がいる。

学校記入欄 ***** (これから下は保護者は記入しないで下さい) *****

学校医所 (1. なし 2. あり)

- 異常心音、心雑音、脈の不整
- 胸郭変形 (膨隆・扁平・漏斗胸)
- その他 (_____)

養護教諭、担任、体育教諭などからの情報、意見

--

独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度への加入について

石垣市教育委員会

御入学おめでとうございます。

石垣市教育委員会では石垣市立大浜中学校に在学する児童(生徒)の不慮の災害に備えて、独立行政法人日本スポーツ振興センター(以下、「JSC」といいます。)と災害共済給付契約を結んでいます。

JSCの災害共済給付は、学校の管理下において児童生徒が災害に遭った場合、その治療費や見舞金の給付を保護者の皆様に対して行う制度で、加入に際しては、あらかじめ保護者の皆様の同意の下に、児童生徒の名簿を提出することになっています。加入は任意となっていますが、加入に同意くださる方は、下記の同意書に御記入の上、学校長へ提出してください。

また、災害共済給付の請求手続きは、インターネットを利用した請求システムに必要な事項を入力することにより行われますが、個人情報の取扱いには十分留意いたしますので、ご了承ください。

給付の内容等は、独立行政法人日本スポーツ振興センター法又はこれに基づく政令、省令、通達等に定められています。

令和7年1月1日現在、その主な内容は以下のとおりです。

※災害共済給付契約について、本同意書により、初回の同意後、在学中は自動更新となります。

■ 給付の対象となる災害の範囲と給付金額

災害の種類	災害の範囲	給付金額
負傷	その原因である事由が学校の管理下で生じたもので、療養に要する費用の額が5,000円以上のもの	医療費
疾病	その原因である事由が学校の管理下で生じたもので、療養に要する費用の額が5,000円以上のものうち、内閣府令で定めるもの (学校給食等による中毒・ガス等による中毒・熱中症・溺水 ・異物の嚥下又は迷入による疾病・漆等による皮膚炎 ・外部衝撃等による疾病・負傷による疾病)	・医療保険並の療養に要する費用の額の4/10(そのうち1/10は、療養に伴って要する費用として加算される分) ただし、高額療養費の対象となる場合は、自己負担額(所得区分により限度額が異なる。)に療養に要する費用の額の1/10を加算した額 ・入院時食事療養費の標準負担額がある場合は、その額を加算した額
障害	学校の管理下の負傷又は上欄の疾病が治った後に残った障害(その程度により第1級から第14級に区分される。)	障害見舞金 4,000万円～88万円 (通学(園)中の災害の場合 2,000万円～44万円)
死亡	学校の管理下において発生した事件に起因する死亡及び上欄の疾病に直接起因する死亡	死亡見舞金 3,000万円(通学(園)中の場合 1,500万円)
	突然死 運動などの行為に起因する突然死(学校の管理下において発生したもの) 運動などの行為と関連のない突然死(学校の管理下において発生したもの)	死亡見舞金 3,000万円(通学(園)中の場合 1,500万円) 死亡見舞金 1,500万円(通学(園)中の場合も同額)

なお、学校の管理下とは、次の場合をいいます。

- ① 学校が編成した教育課程に基づく授業を受けている場合 (保育所等における保育中を含む。)
- ② 学校の教育計画に基づく課外指導を受けている場合
- ③ 休憩時間中、その他校長の指示・承認に基づき学校にある場合
- ④ 通常の経路及び方法により通学(園)する場合
- ⑤ 寄宿舎にあるとき等

■ 給付に関する注意事項

- ① 同一の災害の負傷又は疾病についての医療費の支給は、初診から最長10年間行われます。
- ② 災害共済給付を受ける権利は、その給付事由が生じた日から2年間行わないときは、時効によって消滅します。
- ③ 災害共済給付の給付事由と同一の事由について、損害賠償を受けたときは、その価額の限度において、給付を行わない場合があります。
- ④ 他の法令の規定による給付等(例: 条例に基づく乳幼児医療助成)を受けたときは、その受けた限度において、給付を行いません。
- ⑤ 生活保護法による保護を受けている世帯に属する義務教育諸学校及び保育所等の児童生徒に係る災害については、医療費の給付は行いません。

*これはJSCの災害共済給付制度の概要を記載したものです。

■ 共済掛金(年額)

保護者等負担額 230円 石垣市教育委員会負担額 245円

※負担金額は年額です。

*共済掛金はPTA会費から徴収されます。

(きりとり)

同意書

石垣市教育委員会 殿

石垣市立大浜中学校

1年組番生徒氏名

貴教育委員会が独立行政法人日本スポーツ振興センターと締結する災害共済給付契約について、在学する間、上記児童生徒が加入することに同意します。

令和7年 月 日

保護者又は後見人氏名