

(1) 学校に提出する書類

①: 個人票

秘

個人票

児童欄	ふりがな		男・女	平成 令和	年 月 日 生	保育歴	
	氏 名					平成・令和 () 年から () 年間 () 市 町 村 () 幼稚園・保育園・こども園	
	現住所	藤井寺市				電話 () FAX ()	
保護者欄	(ふりがな) 氏 名		続柄	年齢	緊急の場合の連絡方法		優先順位 ※あれば記入
					勤務先等	電話番号	
					☎ () ☎携帯 ()		
					☎ () ☎携帯 ()		
上記以外					☎ () ☎携帯 ()		
					☎ () ☎携帯 ()		
上	(ふりがな) 家 族 名		続柄	年齢	勤務先・学校等 学年・組 等	備考欄	
同居人も							

記載した内容に変更がある場合は
担任までご連絡下さい。

優先順位を記入してください

家庭より		学校から自宅までの地図
良いと思われる事柄		※自宅の位置を赤印で記入し自宅付近拡大図も記入して下さい。 藤井寺西小学校通学路図  自宅付近拡大図
なおしたいと思われる事柄		
学校への希望欄		
※特に気がかりな事があれば詳しく書いて下さい。		
<写真の使用へのご協力> 学校の様子を保護者の皆様にお伝えさせて頂く際にPTA新聞・学校便りの紙面や学校ホームページなどでの写真の使用のご協力をお願いしています。どちらか○をつけてください。 個人情報にかかわります。 忘れずに記入してください <写真の使用へのご協力> (同意する ・ 同意しない)		
<写真販売> (事前に確認する・確認しない)		

②:健康管理カード

藤井寺市立小学校

健康管理カード

この健康管理カードはお子様の心身の健康状態について調べ、学校で行う健康診断の資料にするとともに在学中の健康管理の参考になるものです。

他人に漏れることはありませんので、正確に記入してください。

記入後は現学年の欄に捺印の上、担任へ提出してください。

(このカードは6年間使用します)

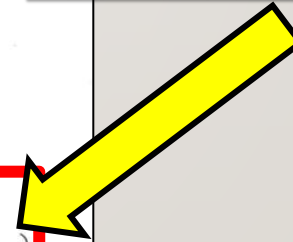
	1年	2年	3年	4年	5年	6年
組						
番号						
保護者 印						



ふりがな

児童氏名 _____ (男 ・ 女)

児童氏名・性別を記入してください



ふりがな	性別	男・女
児童氏名	生年月日	年 月 日生

身長・体重測定結果 <学校で記入します> 裏表紙の成長曲線をご活用ください。

	1年	2年	3年	4年	5年	6年
4月 身長	cm	cm	cm	cm	cm	cm
4月 体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg
9月 身長	cm	cm	cm	cm	cm	cm
9月 体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg
1月 身長	cm	cm	cm	cm	cm	cm
1月 体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg

児童氏名・生年月日・性別

内科検診<学校で記入します>

学年	心臓関連	運動器関連	体格・皮膚関連	校医印
1年	心雑音	所見なし 経過観察 () 要観察 (モアレ)	肥満傾向 痩せ傾向 アトピー	
2年	心雑音	所見なし 経過観察 () 要観察 (モアレ)	肥満傾向 痩せ傾向 アトピー	
3年	心雑音	所見なし 経過観察 () 要観察 (モアレ)	肥満傾向 痩せ傾向 アトピー	
4年	心雑音	所見なし 経過観察 () 要観察 (モアレ)	肥満傾向 痩せ傾向 アトピー	
5年	心雑音	所見なし 経過観察 () 要観察 (モアレ)	肥満傾向 痩せ傾向 アトピー	
6年	心雑音	所見なし 経過観察 () 要観察 (モアレ)	肥満傾向 痩せ傾向 アトピー	

母子手帳を参考にして記入してください

感染症に関わる記録<必ず記入してください>

1 MR(麻疹風しん混合)を 受けた1回目 (年 月) 受けた2回目 (年 月) 受けていない	2 麻疹(はしか)に かかった (オ) かかっていない 予防接種を 受けた (年 月) 受けていない	3 風しん(三日はしか)に かかった (オ) かかっていない 予防接種を 受けた (年 月) 受けていない	4 BCG接種を 受けた (年 月) 受けていない
5 水痘(水ぼうそう)に かかった (オ) かかっていない 予防接種を 受けた1回目 (年 月) 受けた2回目 (年 月) 受けていない	6 流行性耳下腺炎(おたふく風邪)に かかった (オ) かかっていない 予防接種を 受けた (年 月) 受けていない	7 その他の感染症について	

1. 既往症 (該当する項目に必要な事項を記入してください。)

心臓疾患 (オ) 病名	腎臓疾患 (オ) 病名	てんかん等によるけいれん 発症 (オ) 最終のけいれん (オ) 服薬の有無 (有・無)	熱によるひきつけ 発症 (オ) 最終のひきつけ (オ) 服薬の有無 (有・無)
------------------	------------------	--	--

入院・手術歴など学校生活を送るうえで参考になる事項を記入してください。

**どの項目にもあてはまらない場合
「上記の項目に該当なし」に○をつけてください**

2. 体質 (過去1年間をふり返って、該当する項目に○印をつけてください。)

	1年	2年	3年	4年	5年	6年
1 頭痛をおこしやすい						
2 じんましんをおこしやすい						
3 熱をたびたび出す						
4 血が止まりにくい						
5 腹痛をおこしやすい						
6 ぜん息の発作がある						
7 動悸や息切れがひどい						
8 顔や手足にむくみがある						
9 唇が紫色になることがある						
10 脈が乱れる						
11 乗り物酔いしやすい						
12 色間違いをすることがある						
アレルギーがある 薬アレルギーがある 食品アレルギーがある 薬品名 ()						

上記の項目に該当なし ○

3. 運動器について (該当する項目に○印をつけてください。)

	1年	2年	3年	4年	5年	6年
1 背骨が曲がっている						
2 腰を曲げたり反らしたりすると痛みがある						
3 腕、脚を動かすと痛みがある						
4 腕、脚に動きの悪いところがある						
5 片脚立ちが5秒以上できない						
6 しやがみこみができない						

上記の項目に該当なし ○

* 以下の図をご家庭での判断のめやすにしてください

1. 背骨が曲がっている

①両肩の高さに差がある

②両肩甲骨の高さ・位置に差がある

③左右の脇線の曲がり方に差がある

④前屈した左右の背面に差がある

2. 腰を曲げたり反らしたりすると痛みがある

3. 腕、脚を動かすと痛みがある

4. 腕、脚に動きの悪いところがある

**1～6の項目を家庭で実施し
当てはまる項目に○をつけてください。
該当がない場合は
「上記の項目に該当なし」に○をつけてください**

藤井寺市立小学校

健康管理カード

この健康管理カードはお子様の心身の健康状態について調べ、学校で行う健康診断の資料にするとともに在学中の健康管理の参考になるものです。

他人に漏れることはありませんので、正確に記入してください。

記入後は現学年の欄に捺印の上、担任へ提出してください。

(このカードは6年間使用します)

	1年	2年	3年	4年	5年	6年
組						
番号						
保護者 印	藤西					



ふりがな

児童氏名 藤西 花子 (男・女) ○

記入後は1年の欄の
保護者印のところに印鑑
を押してください



③:救急時・災害時における連絡カード

救急時・災害時における連絡カード 藤井寺市立藤井寺西小学校

年 組 番	ふりがな		
	名 前		
生年月日	H . R	年	月 日
住 所	藤井寺市		
電話番号	() -		
保護者の 緊急連絡先	優先 順位 ①	名 前	続柄 ()
		携 帯	— —
		勤務先名	
	優先 順位 ②	勤務先番	() —
		名 前	続柄 ()
		携 帯	— —
その他の 緊急連絡先	名 前	続柄 ()	
		電 話	
※ 引 緊 き 急 取 連 り 絡 者 先 の 以 外 外 の 連 絡 絡	名 前	続柄 ()	
	電 話	— —	
	名 前	続柄 ()	
	電 話	— —	
	名 前	続柄 ()	
	電 話	— —	
	名 前	続柄 ()	
	電 話	— —	
※上記以外の方が来られても引き渡しができませんのでご了承ください。			

2つある場合は、優先的に連絡してほしい方を優先順位①に記入してください。

勤務先が連絡不可の場合は記入しなくて結構です。

災害時に引き取り者の確認で使いますので、緊急連絡先以外の引き取り者を記入してください。

その他の緊急連絡先には、保護者のと連絡がとれないときに、連絡可能な連絡先を記入してください。

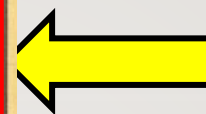
通常よく受診している病院があれば記入してください			
内 科		電話番号	() —
外科 整形外科		電話番号	() —
眼 科		電話番号	() —
歯 科		電話番号	() —

●当該児童には食品によるアレルギーはありますか。
ある (食品名) ・ ない

●当該児童には薬によるアレルギーはありますか。
ある (薬品名) ・ ない

●今までに大きな病気や手術をしたことがありますか。
ある () 才の時 病名等()
ない

●その他、病院を受診するにあたって医師に伝えるべきことが
ありましたら記入してください。



**通常よく受診している病院を書
いてください。
特になければ空欄で結構です。**



3ヶ所必ずご記入ください！

※緊急時、連絡がとれない場合、学校から病院を受診することがあります。
※やむをえず、上記以外の病院を受診することがあります。

④：食物アレルギーに関する調査票

食物アレルギーに関する調査票

秘

保護者のみなさまへ

藤井寺市教育委員会。

この調査票は、学校給食を含めた学校生活をより、安心・安全なものにするために必要なものですので、保護者の方が正確に記入してください。なお、医師が管理しているお子さまに対しましては、学校生活管理指導表の提出や面談をお願いすることがありますので、ご協力をお願いします。

(記入日 年 月 日)

1 年 組 番

フリガナ。

性別。

保護者氏名。

児童氏名。

男 女。

※大切な調査ですので、保護者の方が回答してください。

下の問いについて、該当する項目の□内に✓を、項目によっては()内に必要事項をご記入ください。

1、現在、お子さんに食物アレルギーはありますか？

□はい

□いいえ → ここで調査は終了です。

2、食物アレルギーの状況について記入してください。＊鶏卵(生)、桃(加工品は可)など詳しく記入してください。

原因食品。	原因食品を食したときにあらわれる症状。
。	。
。	。
。	。
。	。

3、アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか？

□ない

□ある → (回数 回、最後の発症年月: 年 月頃、

原因食品・食材は

4、食物アレルギーで医師の診断を受けていますか？

□いいえ

□はい → エピペンを処方されていますか？ □いいえ □はい。

内服薬は処方されていますか？ □いいえ。

□はい → (薬品名

運動後症状が大きく発症したことがありますか？ □ない □ある。

5、学校給食での食物アレルギー対応を希望しますか。(裏面に学校給食で使用しない食品を記載しています)

□希望しない。

□希望する。

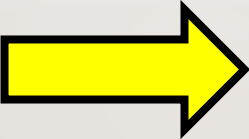
※保護者・学校・給食センターとの面談を実施し、給食センターより詳細な成分表を取り寄せます。

※成分表の取り寄せには、医療機関の受診と学校生活管理指導表の提出が必要です。

※2年生以上で過去に面談している方は、再度面談をご希望でしたら担任までお知らせください。

6、その他、食物アレルギーに関し学校に伝えておきたいこと等ありましたら、お知らせください。

[



○学校給食で使用しない食品

- ・生の鶏卵 ・そば ・落花生(ピーナッツ) ・かに ・えび
 - ・あわび ・いくら ・キウイフルーツ ・くるみ ・バナナ
 - ・まつたけ ・やまいも ・カシューナッツ ・アーモンド
 - ・ナッツ類(木の実類)
 - 「マカダミアナッツ・ピスタチオ・ヘーゼルナッツ・ペカンナッツ・ブラジルナッツ・ココナッツ・カカオ・ココア・杏仁(あんず)等」
- ＊ただし、ゴマは学校給食で使用します

裏面に使用しない食品を
載せています！
確認をしてください。

別紙(両面):「食物アレルギーについて」・「学校給食用パンについて」をお読みください

⑤:通学路確認用紙



通学路確認用紙

入学当初は地区ごとに集団で下校します。下校先を間違えないために地区ごとに色分けしたシールを使用して、安全に下校できるように配慮します。
つきましては、「校区通学路図」をご参考の上、下校先の住所・氏名・（ご自宅でない場合は続柄）及びシールの色についてご記入ください。

児童名	
-----	--

地 区	通学路(色)
藤井寺1丁目(商店街), 春日丘バス通り北側	あお色
藤井寺1丁目(上記以外)	だいたい色
藤井寺2丁目	もも色
藤井寺4丁目	あか色
春日丘1・3丁目, 春日丘新町北	みどり色
東藤井寺町, 西古室	き 色
春日丘2丁目, 春日丘新町南, 藤井寺4丁目西・飛地	きみどり色

		○	住 所	氏 名(続柄)	シール の色
1	毎日自宅に帰る				
2	すぎのご学級に行く				
3	毎日自宅以外に帰る				
4	上記以外				

- 放課後児童会(すぎのご学級)に行く場合は(2)の欄にご記入ください。
- 祖父母、店など自宅以外の場所にいつも帰る場合は、(3)の欄にご記入ください。
- その他曜日ごとに違うなど特別な事情があれば(4)にご記入ください。
- シールは、入学当初の集団下校実施時のみ使用します。
- 入学後変更などがありましたら、各担任までご連絡ください。

⑥: 学年委員選出アンケート

【 留意事項 】

- ①: 学年委員(2～3名)のうち, 学年長を1名選出します。
その学年長は運営委員となります。
- ②: 学年長は運営委員経験者, 未就学児のいる家庭は免除となります。

※学年委員は翌年は免除となります。

.....キトリセン.....

学年委員選出アンケート

令和5年2月20日 締切

1年 保護者名()

児童名()

・該当するところに、☒してください。

☐ 学年長・学年委員)に立候補します。

☐ 誰もしなければ、(学年長・学年委員)になっても良い。＊該当に○

☐ 立候補しない → ☐ 免除対象のため()

☐ R5年度, 他の兄弟で運営委員・学年長・学年委員をするため

☐ (その他)