

# 個人情報書類用封筒記入例

## 個人情報書類用封筒

6年1組40番

名前 藤西 太郎

名前と学年は  
印刷されていますので

**組・出席番号  
を記入してください**

マジック等消えないペン  
で記入してください

※この封筒は個人情報保護を目的とし、書類の  
提出、返却で使用します。

※封筒は学校で保管しますので、受け取られたら、学校へ速やかにお返してください。

〒583-0024 大阪府藤井寺市藤井寺4丁目1番57号

藤井寺市立 藤井寺西小学校

TEL(072)939-7125

FAX(072)939-7126

# ①:健康管理カード

## 【表】

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		1				
番号		9				
保護者 印	[Redacted]					

新しいクラス・番号を  
記入してください



令和8年より保護者印は  
必要ありません

ふりがな

児童氏名

藤西 太郎

(男・女)

**【右側】 \* 令和8年度から項目が変更されました**

2. 体質 3. 運動器 (下記の該当する項目があれば、今の学年の欄に○印をつけてください。)

項目		1年	2年	3年	4年	5年	6年
2. 体質	① 頭痛をおこしやすい						
	② 腹痛をおこしやすい						
	③ 熱をたびたび出す						
	④ じんましんがしやすい						
	⑤ ぜん息の発作がある						
	⑥ 血がとまりにくい						
	⑦ 動悸やめまい、息切れをすることがある						
	⑧ 唇が紫色になることがある						
	⑨ 顔や手足にむくみが出る						
	⑩ 脈が乱れる						
	⑪ 色間違いをすることがある						
	⑫ 薬アレルギーがある(薬品名 )						
	⑬ 食物アレルギーがある (詳細は別紙の調査票で伺います。)						
女子	⑭ 初経をむかえている						
	月経痛(腹痛・頭痛・吐き気等)がある						
	月経痛で学校生活に支障がある						
3. 運動器	⑮ 背骨が曲がっている						
	⑯ 腰を曲げたり反らしたりすると痛みがある						
	⑰ 腕、脚を動かすと痛みがある						
	⑱ 腕、脚に動きの悪いところがある						
	⑲ 片脚立ちが5秒以上できない						
	⑳ しゃがみこみができない						
	2. 体質 3. 運動器 ①～⑳のすべてに該当しない場合は今の学年の欄に○印をつけてください。						


**2. 体質・3. 運動器  
当てはまる項目があれば  
○をつけてください**

**「①～⑳すべてに該当しない」場合は  
学年の欄に○をお願いします**

\* 「3. 運動器」の回答の参考にしてください。

⑮ 背骨が曲がっている

- ① 両肩の高さに差がある
- ② 左右の脇線の曲がり方に差がある
- ③ 両肩甲骨の高さ・位置に差がある
- ④ 前屈した左右の背面に差がある



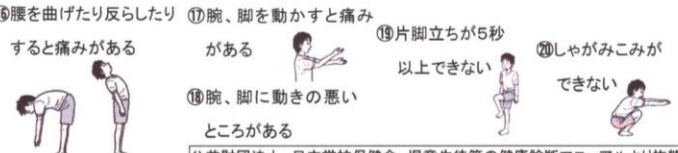
⑮の「背骨が曲がっている」に該当する場合は、内科検診時、上半身の衣服を脱ぎ、学校医に背面を診ていただく場合がありますので、ご理解ください。

⑯ 腰を曲げたり反らしたりすると痛みがある

⑰ 腕、脚を動かすと痛みがある

⑱ 片脚立ちが5秒以上できない

⑳ しゃがみこみができない



公益財団法人 日本学校保健会 児童生徒等の健康診断マニュアルより抜粋

## ②:救急時・災害時における連絡カード

1・3・5年 桃色

2・4・6年 黄色

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	
		勤務先 ☎	( ) -
	優先 順位 ②	名 前	続柄 ( )
		携 帯	-
		勤務先名	
		勤務先 ☎	( ) -
その他の 緊急連絡先	名 前	続柄 ( )	
	電 話	-	
緊急 連絡 先 以外 の 連 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。

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。

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

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。

# ③:結核問診調査票

## 結核健康診断問診調査票

保護者の方々にお願い

この問診調査は定期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。

記入日:令和7年4月 日 学校長

学校名	藤井寺市立藤井寺西小学校	年 組 番	
保護者氏名		本人氏名	
調 査 内 容		どちらかに○をしてください	
質問1	この2年以内に、お子さまが結核性の病気(例:肺浸潤、胸膜炎又はろくまく炎、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	全員必ず
質問2	この2年以内に、お子さまが結核の感染をう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	全員必ず
質問3	この2年以内に、お子さまと同居している家族で結核にかかった人がいますか?	はい ・ いいえ	全員必ず
「はい」と答えた方のみ	質問1~3のうち、1つでも「はい」と答えた方について、保健所に状況を確認してもよろしいですか?	はい ・ いいえ	
質問4	過去3年間の内、お子さまは、外国に通算して6ヶ月以上滞在したことがありますか?	はい ・ いいえ	全員必ず
「はい」と答えた方のみ	それはどこの国ですか?		
	帰国する際、精密検査を受けましたか?	はい ・ いいえ	
質問5	お子さまは、続けてこの2週間以上せきやたんがでていませんか?	はい ・ いいえ	全員必ず
「はい」と答えた方のみ	そのせきやたんて医療機関において、治療や検査を受けていますか?	はい ・ いいえ	
	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	
備 考			

※回答していただいた内容については、学校からお問い合わせさせていただくことがあります。ご協力お願いいたします。

つきましては、上記の問診票にご記入の上、個人情報書類用封筒に入れて、令和7年4月14日(月)までに学校あてに提出をお願いします。なお精密検査が必要な児童の保護者には、後日連絡します。

**全員必ず**のところは  
忘れず記入を  
お願いします!

# ④: 令和8年度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。\*

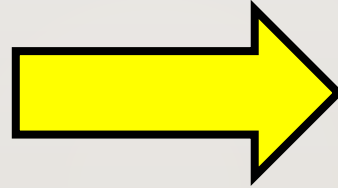
原因食品	原因食品を食したときにあらわれる症状

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、かに、あわび、いくら、キウイフルーツ  
バナナ、まつたけ、やまいも、えび、ナッツ類(木の実類)  
\*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: 個人票

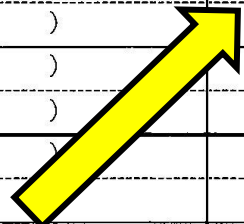
秘

## 個人票

藤井寺市立藤井寺西小学校

令和( )年( )月現在

児童欄	ふりがな	男・女	生年月日	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 正式園名( )
	現住所	藤井寺市		電話	( )				
保護者欄	(ふりがな) 氏名		続柄	年齢	連絡先			優先 順位	
					勤務先(部署・内線番号)等 電話番号				
					☎携帯 ( )				
					☎ ( )				
					☎携帯 ( ) ☎ ( )				
他緊急連絡先					☎携帯 ( ) ☎ ( )				



**優先順位を記入してください**

上記以外の	家族名	続柄	年齢	勤務先(学校等) 学年・組等	備考欄

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。

家庭より		学校から自宅までの地図
良いと思われる事柄		<p>※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。</p> <p>藤井寺西小学校通学路図</p> <p>自宅付近拡大図</p>
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上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**

\*個人  
また、  
<写真販売>  
感染症対策と学校の様子をお伝えすることを目的にインターネットを利用した写真販売を行います。心配なご家庭は、掲載前に確認頂きますので、どちらか○をつけてください。  
\*個人情報保護に関する問題が生じないようIDとパスワードを発行するなど、配慮をして販売を行います。

<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 )

