

令和5年10月吉日

令和6年度 新1年生保護者様

就学時健康診断のお知らせ

札幌市立発寒南小学校

校長 石川 円

晩秋の候、来年度の新一年生の保護者の皆様におかれましては、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。さて、札幌市からもご案内がありましたが、令和6年4月に本校の小学1年生になるお子様を対象として、就学前の健康状態等をあらかじめ把握するため、健康診断（内科・歯科・視力）を実施いたします。今回の就学時健康診断では、混雑を避けるために、受付時間を氏名順に分けます。ご協力をどうぞよろしくお願いいたします。

（日にち） 令和5年11月9日（木）

（場 所） 本校体育館と各教室（いずれも1階）

（ 時 ） 下記の時刻で受付を行います。

A 13：30～14：00 苗字の始まりが「あ」～「き」の方

B 14：00～14：30 苗字の始まりが「く」～「と」の方

C 14：30～15：00 苗字の始まりが「な」～「わ」の方

<当日必要なもの>

◆札幌市から送付された以下の書類

- ・健康調査票（2枚複写）→健康診断で使用します。ご記入し、ご持参ください。

◆今回送付したもの（ご記入し、11/9にご持参ください）

- ・新1年生児童調査カード
- ・食物アレルギー等調査用紙（裏 面談票）
（受付で回収します）

◆その他

- ・上履き（保護者、お子様）、筆記用具

- ・発熱等、風邪の症状がある場合、健康診断は受けられません。学校までご連絡ください。
- ・教育相談をご希望の方は、受付でお知らせください。
- ・ご不明な点があれば、発寒南小学校 Tel 662-2012（担当 影近）までご連絡ください。

令和6年度

新1年生 児童調査カード

札幌市立発寒南小学校

児 童 名	ふりがな	男・女	生 年 月 日
	略字ではなく、戸籍上の文字でお書きください。		平成 年 月 日
保護者名	ふりがな	(父・母)	<連絡先電話番号>0をつけてください。 ・自宅 ・携帯(・父 ・母 ・その他) TEL () -
住 所	(アパート・マンション名、号室)		
	・西区発寒 条 丁目 番 号 ・西区西町北 丁目 番 号 ・(その他)		
兄弟姉妹で発寒南小に在学している児童	年 組 名前		
	年 組 名前		
現在通われている幼稚園・保育園等			
現在通われているデイサービスなど			

保護者の皆様にお伺いいたします。

1	・来年度の4月から本校に入学しますか。 ① () 入学する。 ② () 入学するかは未定。 ③ () 入学しない。 ②、③の方は、理由をご記入ください。(未定の場合は、はっきりする時期)
2	・希望する学級 () 通常学級 () 特別支援学級(わかば学級)
3	・学校で配慮しなければならないことや病気等、または学校生活を送る上でご心配なことがあればご記入ください。

小学校入学に際して、ご心配なことなど教育相談を受けたい場合は、受付で職員にお申し出ください。

新1年生保護者様

札幌市立発寒南小学校
校長 石川 円

食物アレルギー等調査のお願い

保護者の皆様におかれましては、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

さて、学校では全校児童を対象に給食を実施していますが、特定の食品でアレルギー症状を起こす児童の状況等について事前に把握し、安心安全な給食の提供に努めております。

つきましては、別紙の食物アレルギー等調査用紙に必要事項をご記入され、**11月9日(木)の就学時健康診断の際にご提出をお願いいたします。(毎年、全員に提出していただく調査です。)**

食物アレルギーのあるお子さんにつきましては、就学時健康診断の際、別室で詳しいお話を伺います。そのうえで、必要な書類等をお渡しします。なお、給食でのアレルギー対応をご希望される場合、医師の診断が必要となります。その場合、該当するご家庭にお知らせいたします。

記入例

食物アレルギー等調査用紙（提出用）
(ふりがな)
令和6年度 新1年生 児童氏名 ○○ ○○ 保護者氏名 ○○ ○○

1と2（必要に応じて3）についてご記入ください。

1

(1) 食物アレルギーがありますか？（学校給食に出ない食品についてもお答えください。）

ある

ない

(2) 前回調査以降、アレルギー症状がなくなった食品はありますか？

ある

ない

食品名（小麦）

2

医師により乳糖不耐症と診断され、牛乳を飲むことを止められていますか？

止められている

止められていない

3 1で「ある」と答えた方は、食物アレルギーの原因となる食品名や症状、症状が出る量等をお書きください。併せて、裏面の「問診票」にもご記入をお願いします。（学校給食に出ない食品についてもご記入ください。）

	原因食品	症状と症状が出る量	加熱したら食されるか	医療機関での検査・診断
継続	鶏卵	生で食べたときに湿疹が出る。	可 不可	有（6歳） 無
	いくら・たらこ	じんましん、喉がイガイガする。ししゃもの卵は食べられる。	可 不可	有（歳） 無
	えび	じんましん、顔が赤くなる。えびが混ざっているおかずは、えびを取り除いても食べられない。	可 不可	有（4歳） 無
	牛乳	飲んだことがないからわからない。	可 不可	有（歳） 無
新規	りんご	喉や目がかゆくなる。	可 不可	有（歳） 無

食物アレルギー等調査用紙（提出用）

令和6年度 新1年生 （ふりがな）
 児童氏名

保護者氏名

1と**2**（必要に応じて**3**）についてご記入ください。

- 1** (1) 食物アレルギーがありますか？（学校給食に出ない食品についてもお答えください。）
 （ ） 有 （ ） 無
 (2) 前回調査以降、アレルギー症状がなくなった食品はありますか？
 （ ） 有 （ ） 無
 ↳ 食品名（ ）

- 2** 医師により乳糖不耐症と診断され、牛乳を飲むことを止められていますか？
 （ ） 止められている （ ） 止められていない

- 3** **1**で「有」と答えた方は、食物アレルギーの原因となる食品名や症状、症状が出る量等をお書きください。併せて、裏面の「問診票」にもご記入をお願いします。（学校給食に出ない食品についてもご記入ください。）

	原因食品	症状と症状が出る量	加熱したら食われるか	医療機関での検査・診断
継続			可 不可	有（ 歳） 無
			可 不可	有（ 歳） 無
			可 不可	有（ 歳） 無
			可 不可	有（ 歳） 無
			可 不可	有（ 歳） 無
新規			可 不可	有（ 歳） 無
			可 不可	有（ 歳） 無

※食物アレルギーの有無にかかわらず、全員提出してください。

問診票（食物アレルギー）

新1年 ふりがな 児童氏名	保護者氏名
	連絡先（ — — ）

- 1 医療機関での検査・診断は受けましたか？(年 月頃受けた ・ 受けていない ・ 今後受ける予定)
→「受けた」場合(医療機関名:)

- 2 治療の状況を教えてください

内服薬	有	無	点眼薬	有	無	学校に携帯を希望する薬	有	無
吸入	有	無	エピペン®の所持	有	無	その他()		

- 3 アナフィラキシーを起こしたことがありますか？ (ある ・ ない)
→「ある」場合 (歳ごろ)

☐ 当時の状況と対応は？

☐ 今後起きた場合の対応は？

- 4 軽度なアレルギー発作の時、どのように対応しますか？

- [illegible]

- 5 家では、原因食品を除去していますか？（ している ・ していない ）
→「している」場合（ している食品： ）

- 6 ごく微量の混入(コンタミネーション)でもアレルギー症状を引き起こす可能性はありますか？
(ある ・ ない)

※給食では、アレルギー専用の調理設備や器具類使用ではない、あるいは揚げ物の油を複数回使用している等の理由から、コンタミネーションの可能性があります。

- ## □7 給食の対応について

- ① 原因食品が給食に出たとき、自分で判断除去できますか？ (できる ・ できない)
- ② 学校で用意する除去食(鶏卵・うずらの卵・乳製品)、代替食(アイスクリーム・ヨーグルト・ゼリー・プリン類・ジャム・バター)を希望しますか？ (する ・ しない)
- ③ 家から弁当又は代わりのものを持参しますか？ (する ・ しない)
- ④ 牛乳停止を希望しますか？ (する ・ しない)
- ⑤ ごはん、パン、めんいづれかの停止を希望しますか？ (する ・ しない)
- ⑥ 副食(牛乳・主食以外のすべて)の停止を希望しますか？ (する ・ しない)
- ⑦ 献立の詳しい使用食材の一覧表が必要ですか？ (必要 ・ 不要)
- ⑧ 献立ごとの対応確認を希望しますか？(事前:毎月の依頼書による確認、給食時:担任等が確認)
(する ・ しない)

- ⑨ 給食当番ではどのような配慮が必要ですか？

※②～⑥および⑧に当てはまる場合は、医師の判断が必要です。④～⑥は返金対応があります。

- 8 学校生活や学校行事の中で、どのような配慮を希望しますか？（宿泊的行事 遠足 調理実習 など）

--

- 9 食物以外のアレルギーはありますか？ (ある ・ ない)
→「ある」場合(原因物質:)