

デュアルスクール制度を利用する保護者様へ

ご連絡です。

● ●●●さん ●月●日～●月●日まで転入されるということで、本校児童職員一同大変楽しみにしております。

現在●年生は、男子●名、女子●名の計●名です。●●さんと出会える●学期を心待ちにしています。人数が少なく、授業によっては●年生(複式学級)と一緒に学習することもあります。学習・学校生活などはゆっくり時間が流れていくので安心してください。

さて、お持ちいただきたいものは、以下の通りですが、新しくそろえていただく必要はなく、現在使用しているものをできるだけ使用していただきたいと考えております。不明な点がありましたらお問い合わせください。

- うわばき(体育で使う運動靴を兼ねる)
- 運動着(今お使いのもので大丈夫です。本校指定はありません)
- 赤白ぼうし(体育、清掃時に使います)
- 給食着(エプロン、帽子または三角巾、マスクを給食着の袋に入れてください) ※どんなものでも構いませんが、長野県では個人持ちです。
- 給食用のナフキン
- はみがきセット(はぶらし、コップ)巾着などの袋に入れてください
- 教科書全部(違う教科書を使用する場合は、本校のもので対応します。)
- 授業で使用しているノート
- 国語や算数などで使用しているドリル
- 筆記用具
- ぞうきん1枚(記名をしてください)
- 図書袋(図書館で借りる本を入れるための手提げバックです)
- 次の日の予定を書くれんらくちょう(使用していれば)
- お便りを入れて持ち帰るクリアファイルなど
- はさみ のり
- 音楽バック
(音楽は教室を移動します。音楽の授業で使う教科書やファイルをまとめておく手提げです。)
- 水筒(水分補給用)

その他に、それぞれの学年で今ご使用いただいている道具類(絵具セット、習字セット、鍵盤ハーモニカなど)は、お持ちいただくと使用しないこともあるかもしれませんが安心です。

★ ●月●日(●)の予定 朝の時間に小学生全員に紹介しま

す。朝 学級の時間

- 1 清掃 2学期始業式
- 2 算数
- 3 未定
- 4 未定
- 5 国語

※●学期初日なので、夏休みの報告や、宿題の提出等クラスで過ごす時間が多くなると思いま
す。

※当日は8:00頃、保護者の方と一緒に校長室へお越しください。

不明な点がございましたら、●●小学校までお問い合わせください。

TEL △△-△△-△△△ メール ○○@○○

教頭 ●●

秘 アレルギー調査票

●●小学校 _____年 氏名 _____

<記入の仕方>①1のアレルギーの有無についてご記入ください。→1で「ある」と答えた方は、2以降の該当する個所に☑し、詳しくご記入ください。

1. アレルギーの有無について

	*「ある」と答えた方は、以下に詳しくご記入ください。「ない」と答えた方は、記入は終わりです。
アナフィラキシーショック (強いアレルギー反応)と診断されたことがありますか?	ある ・ ない
	*「ある」と答えた場合は、いつ頃ですか? _____年 _____月 頃

2. 食物アレルギー

食品名	症状	医療機関	家庭での対応	学校生活に必要な配慮
①		<input type="checkbox"/> 受診した・検査済 【医療機関名】 【医師からの指示】 <input type="checkbox"/> 受診していない	<input type="checkbox"/> まったく口にしない <input type="checkbox"/> 体調や食べる量を加減している (加減する量: _____) <input type="checkbox"/> 加熱をすれば食べられる <input type="checkbox"/> 食後の運動を制限している <input type="checkbox"/> その他 (_____)	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 本人が食べられるかどうか判断できる <input type="checkbox"/> 給食で除去食等の配慮をしてほしい <input type="checkbox"/> お弁当を持参するので給食を食べさせないでほしい <input type="checkbox"/> 食後の運動を制限してほしい <input type="checkbox"/> 学習等の時間で、食物・食材を扱う場合に配慮してほしい <input type="checkbox"/> その他 (_____)
②		<input type="checkbox"/> 受診した・検査済 【医療機関名】 【医師からの指示】 <input type="checkbox"/> 受診していない	<input type="checkbox"/> まったく口にしない <input type="checkbox"/> 体調や食べる量を加減している (加減する量: _____) <input type="checkbox"/> 加熱をすれば食べられる <input type="checkbox"/> 食後の運動を制限している <input type="checkbox"/> その他 (_____)	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 本人が食べられるかどうか判断できる <input type="checkbox"/> 給食で除去食等の配慮をしてほしい <input type="checkbox"/> お弁当を持参するので給食を食べさせないでほしい。 <input type="checkbox"/> 食後の運動を制限してほしい <input type="checkbox"/> 学習等の時間で、食物・食材を扱う場合に配慮してほしい <input type="checkbox"/> その他 (_____)

アトピー性皮膚炎

症状	医療機関名	医師からの指示	お家での対応の様子	学校生活に必要な配慮
【部位】	【受診回数】 回/1年		<input type="checkbox"/> いつも薬を飲んでいる（薬名） <input type="checkbox"/> いつも薬をつけている（薬名） <input type="checkbox"/> 特に何も対応はしていない <input type="checkbox"/> その他（）	<input type="checkbox"/> 特にな <input type="checkbox"/> ある ↓詳しくご記入ください <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

3. 喘息（今までに喘息で治療をしていたことがある場合を含みます）

症状	医療機関名	医師からの指示	お家での対応や発作の様子	学校で発作がおきた際の対応
	【受診回数】 回/1年		<input type="checkbox"/> 発作がおきる （最近の発作 年 月頃・1年に 回位） <input type="checkbox"/> 毎日薬を飲んでいる（薬品名） <input type="checkbox"/> 発作時に薬を飲んでいる（薬品名） <input type="checkbox"/> 以前に発作を起こしたことはあるが、最近はない（最終発作 年 月頃）	<input type="checkbox"/> しばらく様子を見てほしい <input type="checkbox"/> 本人が薬を持っているので飲ませて欲しい（薬品名） <input type="checkbox"/> 保護者にすぐ連絡して欲しい <input type="checkbox"/> 医療機関での処置が必要 <input type="checkbox"/> その他（）

4. その他（医薬品、化学物質、植物、ハチ、動物、運動誘発性、日光 など）

原因	症状	医療機関	医師からの指示	学校生活に必要な配慮	学校で症状があった際の対応
①		<input type="checkbox"/> 受診した・検査済 【医療機関名】 <input type="checkbox"/> 受診していない		<input type="checkbox"/> 特にな <input type="checkbox"/> ある ↓詳しくご記入ください <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/> しばらく様子を見てほしい <input type="checkbox"/> 本人が薬を持っているので飲ませて欲しい（薬品名） <input type="checkbox"/> 保護者にすぐ連絡して欲しい <input type="checkbox"/> 医療機関での処置が必要 <input type="checkbox"/> その他（）
②		<input type="checkbox"/> 受診した・検査済 【医療機関名】 <input type="checkbox"/> 受診していない		<input type="checkbox"/> 特にな <input type="checkbox"/> ある ↓詳しくご記入ください <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/> しばらく様子を見てほしい <input type="checkbox"/> 本人が薬を持っているので飲ませて欲しい（薬品名） <input type="checkbox"/> 保護者にすぐ連絡して欲しい <input type="checkbox"/> 医療機関での処置が必要 <input type="checkbox"/> その他（）



新入学児童調査票 (小学校用)

----- 記入上の注意 -----

- 地区名(町名)には通称の地区名(町名)を書き、大きな町でさらに部または区・組に分かれていますところでは、部・区・組名も書いてください。
- ※この調査票に書かれたことについては、慎重に扱いますので、できるだけご記入願います。

No. _____

(令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日現在)

児童氏名	(ふりがな)※戸籍どおりの文字でご記入ください。		現住所	〒 []-[]		郡市	
	年 月 日 生	男 女		番地			
				(アパート名など)			
				地区名(町名)			
保護者	(ふりがな)		児童との関係	例 父	電 話	自宅 携帯 (続柄) 携帯 (続柄)	
家族の様子 (新年度より)	続柄	氏 名	生 年 月 日	同居 別居	勤務先名、学校名(学年・組)など		勤務先電話番号
			. .				
			. .				
			. .				
			. .				
			. .				
			. .				
			. .				
緊急連絡先 (上記以外の連絡先について、)ご記入ください。					児童帰宅時における家人の在宅状況		
保育歴	年 月から 年 月まで () 幼稚園 () 保育園						
	年 月から 年 月まで () 幼稚園 () 保育園						
心身の様子	病気がありますか	今までにかかった病気	今かかっている病気	かかりやすい病気			
	そ の 他						
<ul style="list-style-type: none"> ・学校へ特に希望される点 ・その他 子どもさんについて特にご心配な点についてお書きください。 (食事、排せつ、性格) 行動 など							

秘 保健調査票

学校名 _____

学年	1年	2年	3年
組			
番号			

緊急連絡先 ※学校でけがをした時など緊急時の連絡に使用します。勤め先や保険証の変更があった場合は、必ずお知らせください。
※携帯電話の番号と連絡優先順位の記入をお願いします。

ふりがな					平成 年 月 日生	出生時	在胎週数()週()日		
氏名					性別		男・女	体重()g 身長()cm	
住所					地区		電話		
	(変更後)				地区		電話		
ふりがな 保護者 氏名	父	連絡優先順位()		勤務先	連絡優先順位()		変更後	連絡優先順位()	
		名称			名称			名称	
	母	連絡優先順位()			連絡優先順位()			連絡優先順位()	
		名称			名称			名称	
保険証	種類	社会保険・国民保険・その他()			種類	社会保険・国民保険・その他()			
	記号・番号	記号	番号		記号・番号	記号	番号		
	保険者番号				保険者番号				
保護者に連絡が取れない場合の緊急連絡先を書いてください。				氏名	連絡優先順位()	住所	TEL ()	続柄	

※学校で急に医師の診察を要する時、どこの医療機関で診てもらったらよいですか。

診療科	医療機関名	診療科	医療機関名
内科・小児科	TEL	耳鼻科	TEL
外科	TEL	眼科	TEL
整形外科	TEL	歯科	TEL
脳外科	TEL	その他	TEL

本校に在学する兄弟	平成令和 年度入学	平成令和 年度入学	平成令和 年度入学	平成令和 年度入学
	氏名	氏名	氏名	氏名

予防接種 ※今までに受けた予防接種について、母子手帳を確認して「○」をつけてください。

項目	接種した回数すべてに○印				項目	接種した回数すべてに○印			
	1回目	2回目	3回目	4回目		1回目	2回目	3回目	4回目
B C G		/	/	/	麻疹・風しん(MR)		/	/	/
ポリオ(生ワクチン)		/	/	/	水痘(水ぼうそう)		/	/	/
ポリオ(不活化ワクチン)		/	/	/	日本脳炎		/	/	/
三種混合(ジフテリア・破傷風・百日ぜき)		/	/	/	二種混合(ジフテリア・破傷風)		/	/	/
四種混合(ジフテリア・破傷風・百日ぜき・ポリオ)		/	/	/	おたふくかぜ		/	/	/
B型肝炎		/	/	/	子宮頸がんワクチン		/	/	/
H i b (ヒブ)		/	/	/	小児用肺炎球菌		/	/	/
その他、受けた予防接種があれば記入してください。		上記についてかかったことがある病気があれば記入してください。			今までに受けた予防接種による副反応があれば記入してください。				

日常の健康状態 ※あてはまるものに○をしてください。

学 年		1	2	3	学 年		1	2	3	
内 科	時々頭痛を訴える				ア レ ル ギ ー	アトピー性皮膚炎				
	偏頭痛がある					アレルギー性結膜炎				
	急に立ち上がるとめまいを起こす					アレルギー性鼻炎				
	時々腹痛を訴える					体 質 原 因	食べ物 ()			
	下痢をしやすい						薬 ()			
	朝食を食べない日が多い						動物・植物 ()			
	食べ物の好き嫌いがはげしい						その他 ()			
	じんましん、湿疹がでやすい					アナフィラキシーショック症状を起こしたことがある(原因)				
	ひきつけを起こすことがある					エピペンを処方されている				
	つかかみ、ゆびなめ、まばたきが多い					耳 鼻 科	耳の聞こえが悪い (右 ・ 左)			
体がだるい、疲れやすい				中耳炎を起こしやすい (右 ・ 左)						
朝寝起きが悪く午前中調子が悪い				鼻がつまる						
立っていると気持ちが悪くなる				いつも鼻水が出る						
夜なかなか寝付けぬ				鼻血が出やすい						
人の大勢いる所にいると具合が悪くなる				においがわかりにくい						
声変わり(男子)・初経(女子)がある				いびきをかく						
眼 科	目やにが出る				普段口を開けている					
	目がかゆいことがある				扁桃炎を起こしやすい					
	黒板の字が見えにくい				婦 人 科	月経時及び月経周辺期に繰り返し腹痛・頭痛・吐気・嘔吐がある(←該当するものに○を)				
	ものが二つに見えたり疲れやすい					月経開始3~10日前からイライラや憂うつを感じる				
色間違いをすることがある				だるさ、むくみ、眠気がある						
眼鏡・コンタクトを使用している										
歯 科	口を開けると顎がガクガクしたり音がする				人 科					
	歯ぐきから出血しやすい									
	歯並びが悪いと思う									
	矯正治療中である(年 月から)									

これまでにかかった病気等の、現在の状況を記入してください。

病名	初発年齢	現在の状況(○印) 経過観察中の場合は次回受診予定も記入			医療機関名	管理指導票	服薬 (あれば薬の名前を記入)
		1年	2年	3年			
心臓病 (病名)	才	治癒・治療中 経過観察中 年 回(次回 月)	治癒・治療中 経過観察中 年 回(次回 月)	治癒・治療中 経過観察中 年 回(次回 月)		無・有	無・有()
腎臓病 (病名)	才	治癒・治療中 経過観察中 年 回(次回 月)	治癒・治療中 経過観察中 年 回(次回 月)	治癒・治療中 経過観察中 年 回(次回 月)		無・有	無・有()
ひきつけ・てんかん	才	治癒・治療中 経過観察中 年 回(次回 月)	治癒・治療中 経過観察中 年 回(次回 月)	治癒・治療中 経過観察中 年 回(次回 月)		無・有	無・有()
喘息	才	治癒・治療中 経過観察中 年 回(次回 月)	治癒・治療中 経過観察中 年 回(次回 月)	治癒・治療中 経過観察中 年 回(次回 月)		無・有	無・有()
(病名)	才	治癒・治療中 経過観察中 年 回(次回 月)	治癒・治療中 経過観察中 年 回(次回 月)	治癒・治療中 経過観察中 年 回(次回 月)		無・有	無・有()

上記以外で、健康に関して知らせておいた方がいいことがありましたら記入してください。

1年	2年	3年
----	----	----