



令和8年4月8日
 都立品川特別支援学校 校長 西村 みゆき
 担当 養護教諭

新しい年度が始まりました。お子様の入学・進級おめでとうございます。保健室では子供たちが学校で元気に過ごせるように、サポートしていきたいと思ひます。どうぞよろしくお祈ひします。

【今月の保健目標】
健康診断をきちんとうけよう



【4月保健行事予定】

- ①4月～6月は、健康診断がたくさんあります。事前に欠席が分かっている場合は連絡帳でお知らせください。
- ②水泳指導開始前に内科・眼科・耳鼻科検診、心臓検診(小1・中1)、尿検査を実施しますが、学校で検診を受けられなかった方・学校で検診を受けた結果病院受診が必要になった方は、個別にお知らせを配布します。**水泳指導の開始前までに御家庭で必ず病院受診をお願いします。**

日	曜日	項目	時間	小学部	中学部
9	木	内科検診	9:30～	小5・6	中(全)
10	金	身体測定	9:30～		中(全)
13	月	耳鼻科検診	13:30～	小1・5・6	
15	水	眼科検診	9:30～	小1・2・3・4	
16	木	内科検診	9:30～	小1・2・3・4	欠席者
17	金	身体測定	9:30～	小3・4	
20	月	尿検査1次(1日目)	10時までに提出	全員	全員
21	火	尿検査1次(2日目)	10時までに提出	20日未提出者	20日未提出者
		耳鼻科検診	13:30～		中(全)
22	水	眼科検診	9:30～	小5・6・欠席者	中(全)
23	木	内科検診	9:30～	欠席者	欠席者
24	金	身体測定	9:30～	小1・6	
27	月	身体測定	13:30～	小2・5	

【学校医・学校歯科医・学校薬剤師の先生の御紹介】

内科	松山クリニック 松山 毅 先生	〒品川区西大井6-15-12 ☎ 03-3778-3815
眼科	池田眼科クリニック 池田 昌彦 先生	〒品川区南大井1-6-6 ☎ 03-3768-5617
耳鼻咽喉科	加知耳鼻咽喉科 加知 賢次郎 先生	〒品川区南品川3-5-6-104 ☎ 03-5462-7603
精神科	たつのシティタワークリニック 田角 勝 先生	〒品川区大井1-31-1 ☎ 03-6303-8737
歯科	ナムラ御殿山ガーデン歯科 名村 大輔 先生	〒品川区北品川4-7-35 御殿山トラストタワー3F ☎ 03-5475-8148
薬剤師	新宿区学校薬剤師会 松葉 のり子 先生	



【保健室から保護者の方へお願いです】

- ① 授業中の体調不良やケガで受診が必要な場合は、**保健調査票の記載順**に保護者の方へ御連絡します。**必ず連絡が取れるようにしてください。**電話に出られない場合は、折り返しの御連絡をお願いします。
- ② 感染症が疑われる症状（湿疹など）がある場合は、**受診のうえ医師の判断後に登校**してください。発熱・嘔吐・下痢等の症状がある場合は、**無理をせず早めの休養**をお願いします。
- ③ 保健室では、てんかん発作時の座薬や頓服薬をお預かりしています。希望される場合は連絡帳でご連絡ください。原則、**家庭で使用経験のある薬のみお預かり**します。※エピペンは使用経験に関わらずお預かりします。

尿検査に必要な物品の有無について全家庭にアンケートを実施します。

必要な方には検尿容器と合わせて、採尿シートや採尿パックを配布しますので不要な方も含めて全員右のQRコードまたURLにて回答をお願いします。

▶[尿検査に必要な物品について - フォームに記入する](#)

【アンケート対象：全家庭】【回答期限：4月14日(火)】

QRコードの読み取りが難しい場合は連絡帳にてお知らせください。



【学校で一時的に服薬する場合】

風邪等にり患し学校管理下で一時的に服薬（外用薬・点眼等含む）が必要になった場合は、連絡帳に挟んで使用していただく「与薬依頼書」を以下の見本を参考に御記入いただき、薬を当日分のみ連絡帳袋に入れて御持参ください。令和8年度は薄紫色の用紙です。 **※【確認事項】を必ず御一読ください。**

与薬依頼書

見本

小学部・中学部 年 組 氏名

この用紙は、有症状が出現し、主治医及びかかりつけ医から服薬（外用薬・点眼等含む）の指示があり、学校での与薬が必要な際に使用いたします。

学校での使用期間	R8年 4月 21日～ 年 4月 25日まで	R8年 5月 12日～ 年 5月 16日まで	年 月 日～ 年 月 日まで	年 月 日～ 年 月 日まで
病名（症状）	中耳炎	結膜炎		
薬品名	カルボシステイン	アレジオン（点眼）		
処方された病院名	〇〇耳鼻咽喉科	〇〇クリニック		
内服薬の服用方法	<input type="checkbox"/> 給食前 <input checked="" type="checkbox"/> 給食後 <input type="checkbox"/> その他 () 時頃	<input type="checkbox"/> 給食前 <input type="checkbox"/> 給食後 <input type="checkbox"/> その他 () 時頃	<input type="checkbox"/> 給食前 <input type="checkbox"/> 給食後 <input type="checkbox"/> その他 () 時頃	<input type="checkbox"/> 給食前 <input type="checkbox"/> 給食後 <input type="checkbox"/> その他 () 時頃
点眼薬・外用薬などの使用方法		給食前に、両眼に1回 ずつ点眼		

【確認事項】

- ・医師が処方した薬であること。**※市販薬の預かりは行わない。**（生理痛の鎮痛剤は保健室まで御相談ください）
- ・使用する薬は1回分ずつ分けて、当日分のみ持参する。
- ・薬や容器には児童生徒の「学年・組・氏名」を記入する。

※医師・薬局からもらった「薬剤情報提供書（お薬の説明書）」などの写しを必ず添付する。