

令和8年度入学新一年生保護者会

1. 校長挨拶
2. 交通関係について
3. 諸準備・生活面での準備について
4. 安全について
5. 入学式について
6. totoru登録について
7. 給食及びアレルギーについて
8. 教材費・PTA会費について
9. 保健について
10. PTAについて
11. プレディ・プレディ+について
12. 質疑応答

1. 校長挨拶

2. 交通関係について

3. 学用品、 その他の準備

標準服

校帽



右側か左側どちらかのボタンを
残します。

通学 リボン

てっぺんに
付けます。



色ごとの
通学リボン



ワッペン

体育着

白半袖
紺の半ズボン
紅白帽
体育着袋



防災頭巾 カバー



上履き

運動靴

上履き袋



3. 学用品

色鉛筆
クレパス
セロハンテープ
等



すべてのものに
「ひらがな」で
記名をお願いします。

3. 学用品

ランドセル等の
教科書など荷
物が入る背負
えるタイプの
バッグ



3. 学用品

筆箱 鉛筆 消しゴム 定規



3. 学用品

下敷き



3. 学用品 ランチョン マット 巾着袋



音樂袋

3. 學用品



3. 学用品

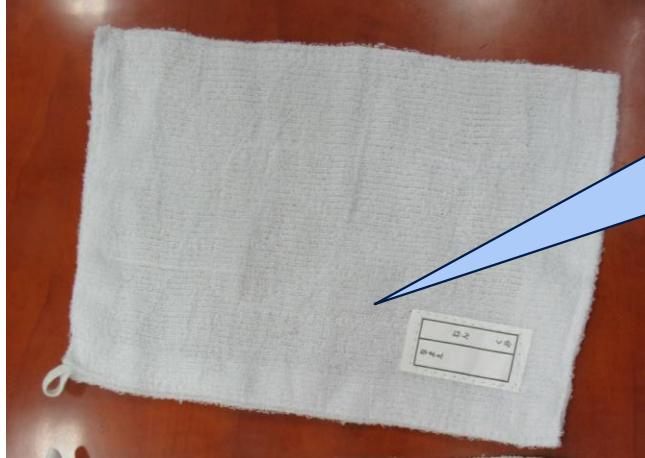
図工袋

図工着



3. 学用品

雑巾 1 枚



雑巾に
記名をお願いします。



ハンカチ ティッシュ

3. 学用品

記名をお願いします。



水筒

3. 学用品



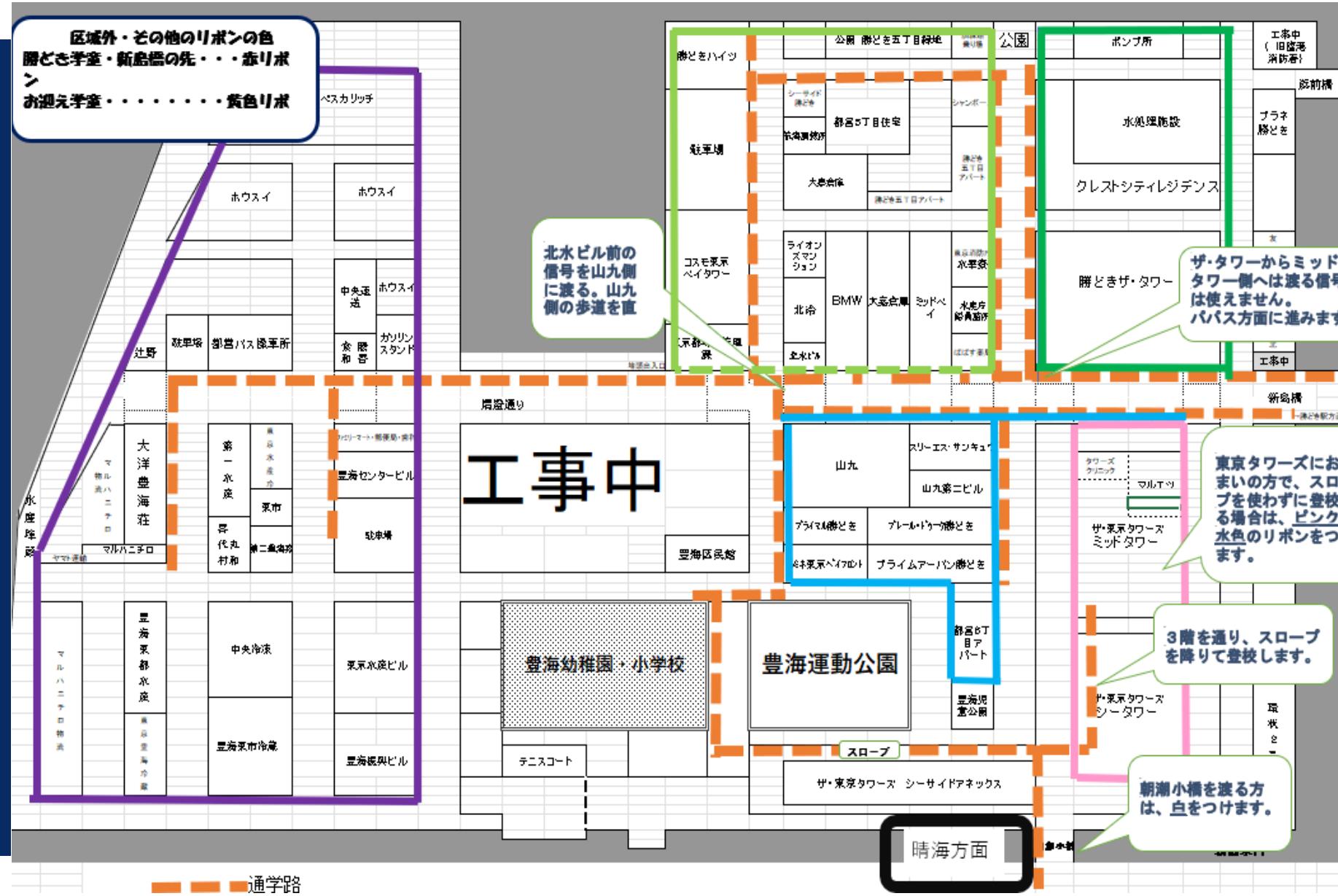
★紐付きで直に飲める
タイプの物
★必ず記名を
お願いします。

生活面での準備

※資料をご覧ください。

4. 安全管理

通学路



交通安全と防犯について

※資料をご覧ください。

登下校、 遅刻・早退

登校時刻

午前 8 時 5 分～午前 8 時 15 分
※午前 8 時 20 分始業

※遅刻・早退の時は、
保護者が教室または保健室まで
送り迎えをしてください

5. 入学式当日 について

①日時 令和8年4月8日(水)10:00
受付時間 9:10～9:40 校舎内

今後の変更等は、Tetoruにて連絡させていただきますので、ご登録をお願いします。

②場所 中央区立豊海小学校 体育館
※受付後お子さんと教室へ
その後、保護者の方は体育館へお入りください。

③服装 正装

④持ち物 児童：上履き・上履き袋・大きい袋
ランドセル等の教科書などが入る背負えるタイプのバッグ
ハンカチ(ポケットなど、いつでも出せるところに入れる)
保護者：**就学通知書・保健調査・児童調査票・心臓検診問診票・緊急災害用児童個人カード**
ピンヒールの方は、スリッパと靴を入れる袋

6. totoruの登録について

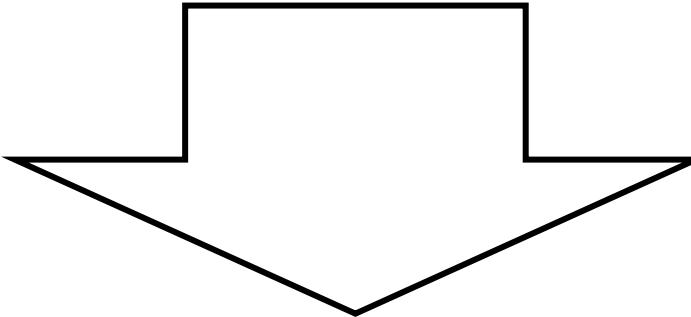
※資料をご覧ください。

7. 給食および アレルギー対応 について

- ・アレルギー対応は、個別に栄養士が行います。
- ・給食は、4月中旬から始まります。それまでは、給食を食べずに下校します。

給食の箸

・補助用箸ではなく、大人用の箸を使って練習してください。



小学校で使うお箸



20 cmの長さの箸



8. 教材費 PTA会費の 納入について

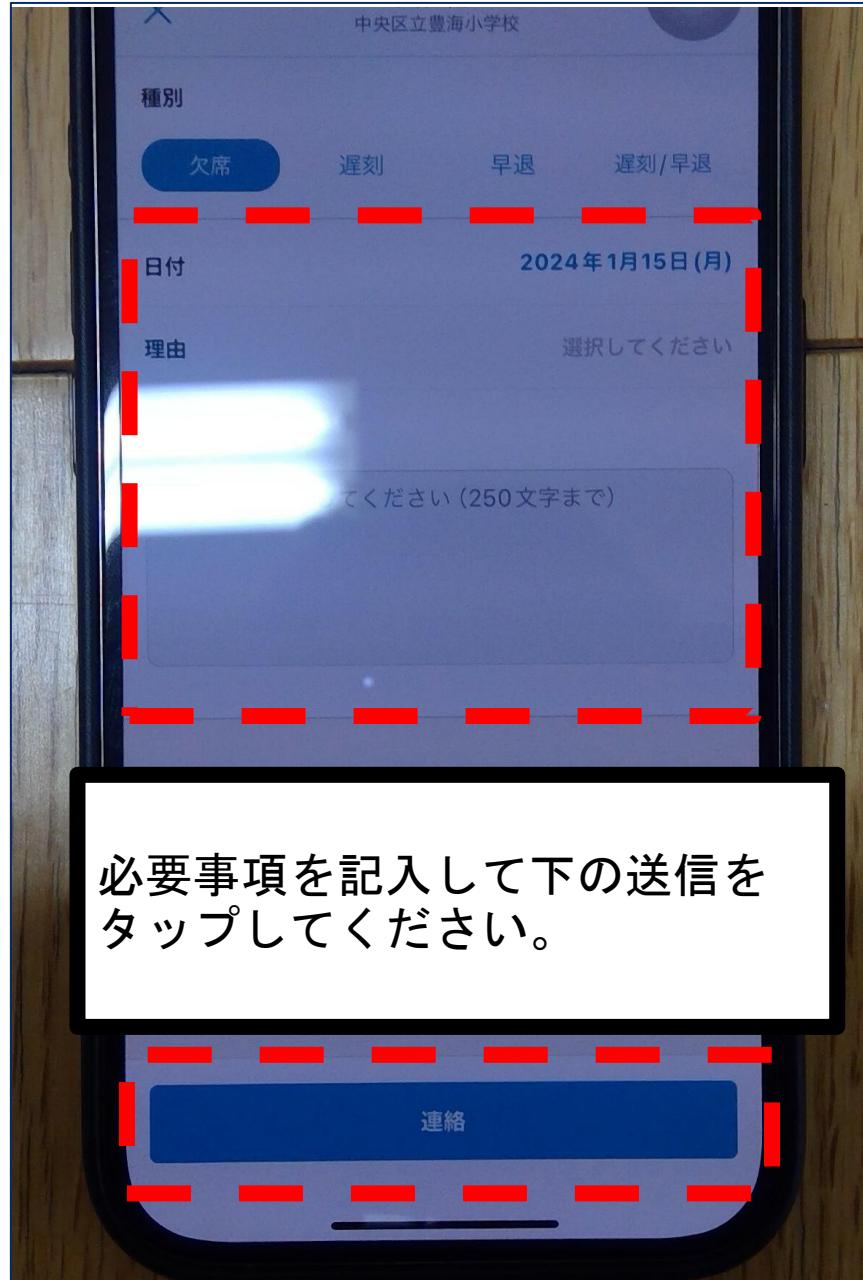
※資料をご覧ください。

9. 保健について

欠席・出席停止について

欠席・遅刻・早退連絡について

Totoruを開く



出席停止について



平成 年 月 日

保 護 者 様

中央区立豊海小学校
校長 永井 勝巳

出席停止について

年 組 氏名 _____

お子さんが、下記の病気になった場合、学校保健安全法の定めるとおり出席停止になります。
完全に治るまで登校を見合わせてください。出席停止の期間については症状により異なります。
登校の際に、必ず医師の診断を受け、下記の登校許可証明書を学校へ提出してください。
なお、医師から感染のおそれがないと認められたときはこの限りではありません。

出席停止期間の基準（学校保健安全法施行規則）	
インフルエンザ	発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日（幼児にあっては、3日）を経過するまで
百 日 咳	特有の咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで
麻疹（はしか）	解熱した後3日を経過するまで
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	耳下腺、頬下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで
風疹（三日ばしか）	発疹が消失するまで
水痘（水ぼうそう）	すべての発疹がか皮化するまで
咽頭結膜熱	主要症状が消退した後2日を経過するまで
その他の感染症	病気によって異なるが、「症状の回復後、全身状態が安定するまで」

※他の感染症とは溶連菌感染症、感染性胃腸炎、手足口病など

※ 出席停止措置の期間は、欠席扱いにはなりません。

登校許可証明書

中央区立 豊海小学校

年 組 氏名 _____

上記の児童は 月 日より、登校をしてよいことを証明します。
病名（ ）

平成 年 月 日

↑現在、インフルエンザの登校許可証明書
は必要ありません。

ホーム 新型コロナウイルス対応

› 豊海っ子の様子(令和3年)

› 豊海っ子の様子(令和2年度)

› 教育目標・学校経営方針

› 学校評価・重点目標・学力向上プラン

› 学校いじめ防止基本方針

› 学校行事

› タブレット活用について

› 安全安心メール

› 緊急時の対応について

› 学校だより

› 学年だより

› PTA

› 給食

› 保健室

各種証明書（登校許可証明書等）

› スクールカウンセラーの部屋

こちらからダウンロードします。

※新しい情報が入り次第、安全・安心メールと学校ホームページでお知らせします。

↓欠席連絡はこちらのフォームからお願いします↓

フォームはこちらをクリック

保健調査票(表)
組・番号は記入し
なくてよい。
他は全て記入して
ください。

秘 保健調査

中央区立 豊海 小学校

ふりがな	性別					
児童名						
生年月日	年	月	日生			
保護者名						
年度						
学年・組	1-	2-	3-	4-	5-	6-
番号						

(緊急連絡先に変更が生じた場合は早めにご連絡ください。)

現住所	TEL ()
-----	---------

※ 確実に連絡の取れる順番に、3か所記入してください。

緊急連絡先	1 連絡先名・氏名（続柄） ()	2 連絡先名・氏名（続柄） ()	3 連絡先名・氏名（続柄） ()
	TEL	TEL	TEL
	携帯	携帯	携帯
	変更欄	変更欄	変更欄
健康保険証	保険証の種類 記号	国保・社保・共済・生保・その他 () · 無 番号	保険者番号
	⑦ 医療証	有	無
かかりつけの医療機関	内科：病院名	TEL	
	外科・整形外科：病院名	TEL	
	歯科：病院名	TEL	
	眼科：病院名	TEL	
	その他：病院名	TEL	

承諾書

受診する必要が生じた際、緊急により保護者が同行できない場合は、保護者に代わって学校が病院へ保険証情報及び住所等を伝えること、学校が医師から直接症状及び状態について聞くことは差し支えありません。

保護者名

- 1 -

保健調査票(中)

1年のところに記入してください。

右のページは、該当する項目が無い場合は、矢印の欄に○を記入してください。

1 アレルギーについて (この一年間で受診されたもしくは経過観察中の項目に○をつける。○は現学年の欄につける。)										
アレルギー対応	1年	2年	3年	4年	5年	6年				
アレルギーについて、学校への対応や知らせておきたいことなどがある	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない				
<対応や知らせておきたいことを、具体的に記入>										
医師の診断 (原因についてなど) 病院名 ()	受けている · 受けていない TEL									
病名	発症年齢	1年	2年	3年	4年	5年	6年			
アトピー性皮膚炎	歳									
アレルギー性鼻疾患	歳									
アレルギー性眼疾患	歳									
ぜん息	歳									
・公害認定 (・受けている・受けていない) · 薬 (のんでいる・のんでいない) · 発作 (頻繁・ときどき・無)										
<診断など上記項目が変更になった場合は、訂正してください>										
食物アレルギー	歳									
食品名と症状 ()	対処 ()									
薬剤アレルギー	歳									
薬剤名と症状 ()	対処 ()									
その他 ()	歳									
症状と対処 ()										
2 結核について (結核に関する項目で「はい」と答えた場合、再度詳しい調査を行なうことがあります。)										
項目	1年	2年	3年	4年	5年	6年				
今までに結核性の病気（肺結核、胸膜炎またはろくまく炎、頸部リンパ腺結核）にかかったことがあるか	いいえ はい 年 月頃	いいえ はい 年 月頃	いいえ はい 年 月頃	いいえ はい 年 月頃	いいえ はい 年 月頃	いいえ はい 年 月頃				
この1年間に、結核を予防するお薬を飲んだことがあるか	いいえ はい 年 月頃	いいえ はい 年 月頃	いいえ はい 年 月頃	いいえ はい 年 月頃	いいえ はい 年 月頃	いいえ はい 年 月頃				
この1年間に、家族や同居人で結核にかかった人がいるか	いいえ はい 年 月頃	いいえ はい 年 月頃	いいえ はい 年 月頃	いいえ はい 年 月頃	いいえ はい 年 月頃	いいえ はい 年 月頃				
この1年間に、通算して半年以上、外国に住んだことがあるか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい				
「はい」の場合、国名はどこか										
この2週間以上「せき」や「たん」が続いているか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい				
「はい」の場合 医療機関を受診しているか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい				
ぜん息、ぜん息性気管支炎などといわれているか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい				
3 今までの健康状態										
病歴	病名	発病年齢	○印で記入		備考	病名	発病年齢	○印で記入		備考
			治癒	治療中				経過観察中	治癒	
心臓病	歳					腎臓病	歳			
川崎病	歳					けいわん・脳波異常等	歳			
その他の病気・手術歴					けが (後遺症がある) 部位・状況					
※既往症のうち、学校生活上で配慮が必要なことや医師から指導を受けていることなどを記入ください。										

4 現在のからだのようす										
名前										
※毎年、4月頃にご家庭にお渡しします。その時点で、確認・再記入をお願いします。										
ふだんのようすについて、該当する項目がありましたら、現在の学年の欄に○印をつけてください。										
平均体温										
内科	耳鼻科	眼科	歯科	その他の連絡事項	1年	2年	3年	4年	5年	6年
1 かぜをひきやすく、熱を出しやすい	2 ヒューヒュー、ゼーゼー息苦しいことがある	3 皮ふがかぶれたり、湿疹が出たりしやすい	4 よく頭痛を訴える	5 よく腹痛を訴える	6 便秘がちである	7 長時間立っていると、気分が悪くなる	8 少しの運動で、動悸、息切れがする	9 乗り物に非常に酔いやすい	10 うつむき気分になる	11 うつむき気分になる
12 よく耳が痛んだり、耳だれが出たりしやすい	13 耳の聞こえが悪い	14 鼻血が出やすい	15 よく鼻がつまったり、鼻汁が出たりする	16 ふだん口を開けている	17 のどが痛くなったり、はれたりしやすい	18 うつむき気分になる	19 うつむき気分になる	20 うつむき気分になる	21 うつむき気分になる	22 うつむき気分になる
23 目が赤くなりやすい	24 よく目をかゆがる	25 目を細めたり、近づいて見たりする	26 めがね・コンタクトレンズを使用している	27 冷たいものや、熱い食べ物で、歯がしみる	28 歯ぐきから出血しやすい	29 口を開けると、あごの関節が痛んだり、音がしたりする	30 歯並びが気になる	31 矯正中である	32 うつむき気分になる	33 うつむき気分になる
上記に当てはまる項目はありません。										
1年	2年	3年	4年	5年	6年					
その他の連絡事項										

※現在不安に感じていることや月経に伴う体の不調などを記入ください。

保健調査票(裏)

学年のある所は1年
年の欄に記入して
ください。それ以
外は、すべて記入
してください。

矢印のBCG接種の
欄に記入漏れが多
いので、ご注意く
ださい。

5 運動器について

専門医の受診が必要かどうか等を診断します。
現在の様子について、該当する項目がありますか。該当する年数の欄に○印をつけてください。

項目	1年	2年	3年	4年	5年	6年	
下記に当てはまる項目はありません。							
運動器	①両肩の高さに差がある	図1					
	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の高さに差がある						
	体をそらしたり、曲げたりしたときに腰に痛みがある ※怪我による痛みなど原因がはっきりしている一時的な痛みを除く	図2					
	手のひらを上に向けて腕を伸ばしたとき、完全に伸びない、 または完全に曲がらない（指が肩につかない）ことがある ※複数回練習後、完全に伸びるまたは完全に曲がれば○をつけない						
	パンツイした時、両膝が耳につかない ※複数回練習後、耳につければ○をつけない	図4					
	片脚立ち（左右交互にやって下さい）すると体が傾いたり、 ふらつたりする ※複数回練習後、体が傾いたり、ふらつたりしなければ○をつけない						
	足の裏を全部床につけて完全にしゃがむことができない ※足を肩幅程度に開いて、複数回練習後、完全にしゃがむことができれば○をつけない	図6					
1～4で1つでも○がついた場合は7にお答えください。							
7 上記の症状で現在、整形外科にかかっている							
7で○がついた場合は、8と9にお答えください。							
8 運動をやりすぎている（地域のスポーツクラブなどでほぼ毎日運動している等）							
9 運動不足である（体育の授業以外は全く運動しない等）							

6 これまでに受けた予防接種と既往歴

未接種の場合は、「未接種」欄に○印をつけてください。接種済の場合は、「接種有」欄の接種した回数すべてを○印で囲んでください。接種したかどうかわからない場合は、「接種不明」欄に○印をつけてください。感染したことがある場合は、「過去に感染有」欄にかかった年齢を記入してください。

接種内容	未接種	接種有			接種不明	過去に感染有
インフルエンザ菌 b型 (I I i b)		1回目	2回目	3回目	追加	歳
小児肺炎球菌		1回目	2回目	3回目	追加	歳
B型肝炎		1回目	2回目	3回目		歳
四種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ）		1回目	2回目	3回目	追加	百日咳：歳 他（ ）：歳
M R（麻しん・風しん混合）		1回目	2回目			麻しん：歳 風しん：歳
水痘（みずぼうそう）		1回目	2回目			歳
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）		1回目	2回目			歳
日本脳炎		1回目	2回目	3回目	追加	歳
二種混合・D T（ジフテリア・破傷風）		1回目				歳
三種混合・D P T（ジフテリア・百日咳・破傷風）		1回目	2回目	3回目	追加	歳
ポリオ（小児まひ）		1回目	2回目	3回目	追加	歳
BCG（結核）		1回目				歳
日本以外でBCGを受けた場合：国名（ ）						
BCGを受けていない理由：						

10. PTAについて

11. プレディについて

ご清聴ありがとうございました

12. 質疑応答