



冷えを防いで元気に 登校しよう！

11月の保健行事

発育測定 体重を測ります。

11月17日(金) 1年

11月21日(火) 3年

11月30日(木) 2年

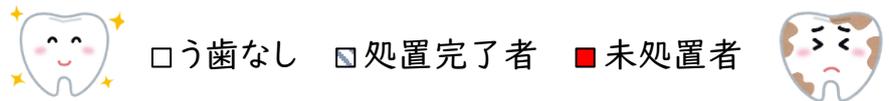
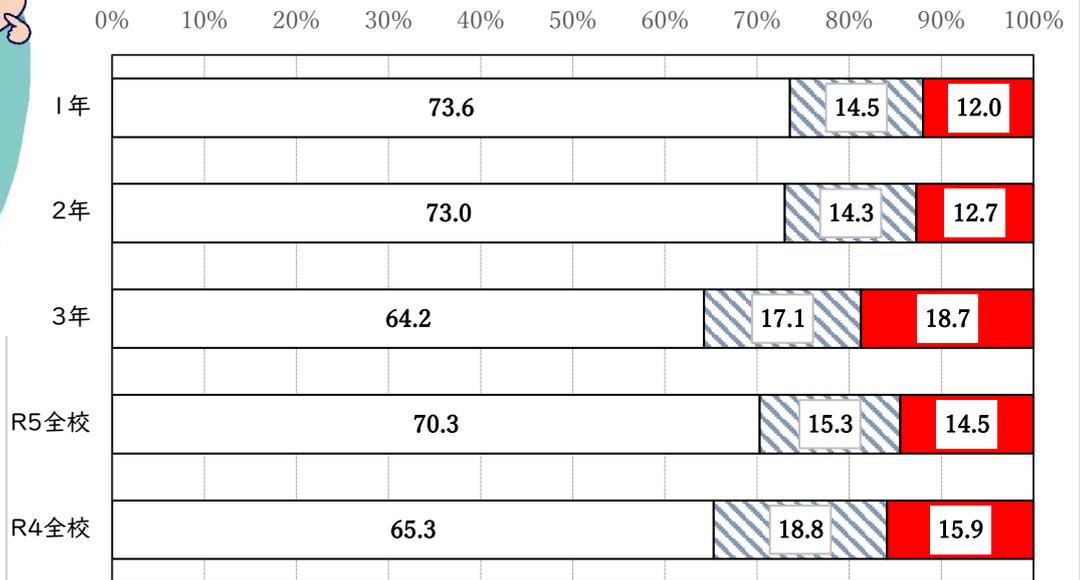
※からだナビは「睡眠」について行います。

朝晩の冷え込みから秋の深まりを感じます。気温の変化から体調不良者も増えています。衣服を上手に調節して冷えを防いでいきましょう。また、**寒い季節こそ、活動のエネルギーを生み出す「朝ご飯」がより重要**となります。温かいものを食べるとより体が温まり、身体が動きやすくなります。たんぱく質や根菜類、イモ類などをとると温め効果が持続します。しっかり食べて登校しましょう。



今年度の歯科検診では全校で70%以上の方が「むし歯なし」と診断されました。素晴らしいですね!! 来年度の歯科検診でも「むし歯なし」を目指して正しい歯みがきと食習慣を続けていきましょう。

R5年度歯科検診結果



春の歯科検診で、「未処置者」と

診断されたのは107人(14.5%)。そのうち、

48人(44.9%)の人の治療が終わっています。(10/27現在)

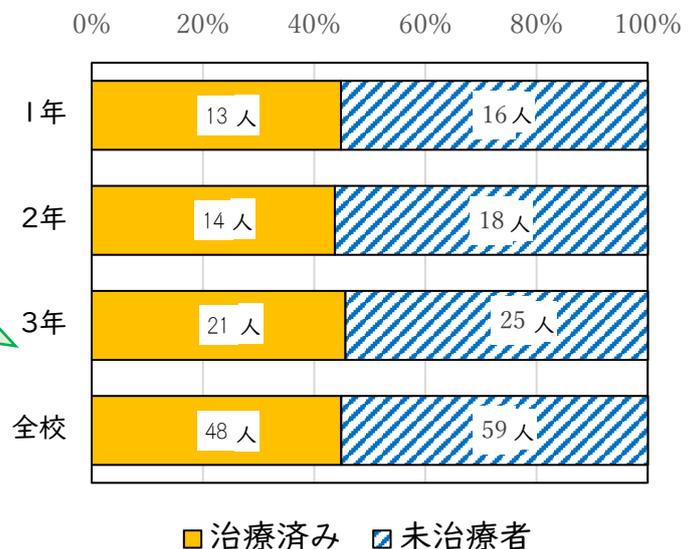
まだ、受診できていない人は、お家の人と相談して予約をとりましょう。

むし歯に自然治癒はありません。年内の治療を目指して11月中に受診しましょう!!



歯と歯肉の健康のために歯についた歯垢はしっかりとりたいですね!!でも歯ブラシが開いていたらその効果は4割もダウン!!開いた歯ブラシは取り換えましょう!!

R5う歯の治療状況(10/27現在)



■ 治療済み ■ 未治療者

今年の冬は新型コロナウイルス・インフルエンザの同時流行が心配されています。

新型コロナウイルスとインフルエンザの症状はよく似ていて、発症時には何に感染したのかわかりません。より多くの発熱患者が同時多発的に生じる可能性があります。そうすると、発熱外来がひっ迫し、受診が難しくなることもあります。感染が拡大する前にできることを考えておきましょう。

予防接種

・新型コロナウイルス・インフルエンザの予防接種を希望する人は早めの接種を計画しましょう。



体調不良時の備え

・新型コロナ抗原定性検査キットや解熱鎮痛剤の購入（鎮痛剤は中学生には使えないものもあります。対象年齢を確認しましょう。）

国が承認したキットを使用しましょう。



・体温計や日持ちする食糧の備蓄

参考：厚生労働省 HP

せき

エチケット



せき・くしゃみが出る時は、人のいない方を向いて鼻と口をおおう



鼻をかんだティッシュはすぐにゴミ箱へする



せきやくしゃみが出る時はマスクをつける

抗原検査キットをご利用いただけます。

<抗原検査キットの利用について>

県教育委員会が提供する抗原検査キット（無料）をご利用いただけます。

<検査条件>

- ① 感染不安があること
- ② 生徒本人・同居家族が無症状であること
- ③ 検査日は指定すること（あらかじめ心配な活動があるときは事前に受け取ることができます。もしもの時のために家庭に置いておくことはできません。）
- ④ 平日16時から18時の間に保護者が来校し受け取ること
- ⑤ 検査結果の報告は登校前に保護者が学校へ直接行うこと

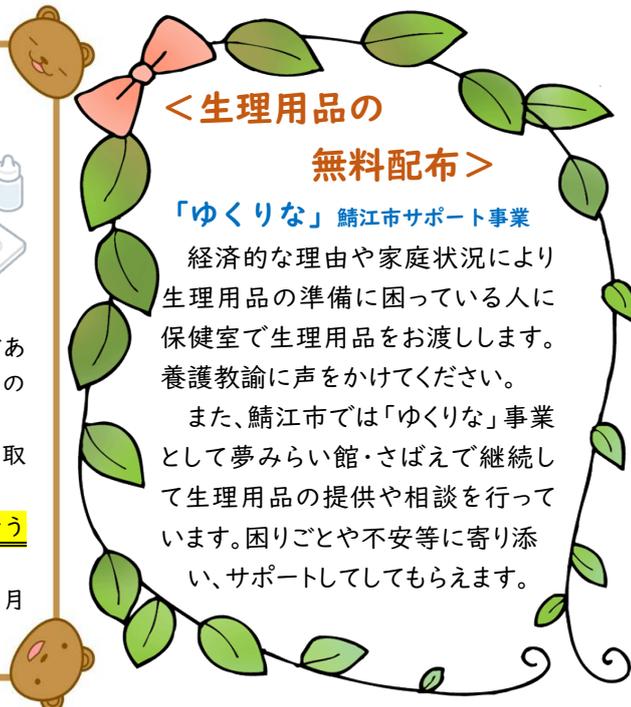
※申込書は来校時に記入するか、HP保健だより11月号3ページ目より印刷し、持参してください。

<生理用品の無料配布>

「ゆくりな」鯖江市サポート事業

経済的な理由や家庭状況により生理用品の準備に困っている人に保健室で生理用品をお渡しします。養護教諭に声をかけてください。

また、鯖江市では「ゆくりな」事業として夢みらい館・さばえで継続して生理用品の提供や相談を行っています。困りごとや不安等に寄り添い、サポートしてまいります。



様式 1

R5.10修正

検査申込書 (兼同意書)

学校名

鯖江市鯖江中学校

項目 1～6 すべてを記入してください。

1	検査予定日	令和	年	月	日				
2	学 年	年	クラス	組	出席番号	番			
	生徒氏名								
	保護者氏名								
	電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	これまでに、学校の検査を利用した回数	回							
4	検査目的 (該当に✓を記入)	<input type="checkbox"/> 周囲の感染等の状況により不安を感じているため、以下に同意し検査を申し込みます。(学校か家庭等かの状況は問いません。)							
5	同意事項 (同意後✓を記入) ※一つでも同意いただけない項目がある場合 キットのお渡しはできません。	<input type="checkbox"/> 検査は、必ず保護者が監督し行います。 <input type="checkbox"/> 検査結果は、必ず保護者が確認します。 <input type="checkbox"/> 検査結果は、必ず保護者が、在籍する学校へ報告します。 <input type="checkbox"/> 検査結果が陽性であった場合は、検査日を0日として5日間自宅療養します。 <input type="checkbox"/> 陰性の場合でも、体調の変化に気を付け、基本的な感染症対策を続けます。 <input type="checkbox"/> 本申込書は福井県教育委員会から求めがあった場合には、同委員会に提出されることがあります。 <input type="checkbox"/> 上記項目につき、虚偽がないことを証します。							
6	確認事項 (確認後✓を記入) ※✓がない場合、キットのお渡しはできません。	<input type="checkbox"/> 申込書は、児童生徒一人につき1枚記入しました。 <input type="checkbox"/> 申込書は、保護者が記入しました。 <input type="checkbox"/> 検査を希望する児童生徒は、無症状です。 <input type="checkbox"/> (発熱等の症状がある場合は、かかりつけ医・最寄りの医療機関に相談・受診をお願いします。) <input type="checkbox"/> 同居の家族に、未診断の発熱等の有症状者がいません。							

以下、学校が記入します

①受付者は下欄を記入し、養護教諭へ提出する。

②結果報告を受けた教員は本用紙に追加記入する。

※報告後すぐに記入すること

受付日	受付者
/	

結果報告日	報告確認者	検査結果 (○をつける)
/		陰性(-)
		陽性(+)