

鬼怒中だより 第8号

平成21年12月2日
 発行者 校長 高橋佳子

[教育目標] 気力あふれる生徒 創造性を伸ばす生徒 心の豊かな生徒 進んで仕事をする生徒

響き合う 友情のハーモニー

11月18日(水)の学習発表会・合唱コンクールには、生徒・職員・保護者全員がマスク着用の上、休憩時間にはうがい・手洗い、体育館の窓全開しての換気を行うなどして、万全のインフルエンザ対策で臨みました。

午前は少年主張、英語スピーチ、生徒会アトラクション、吹奏楽部演奏、合唱コンクール1年生の部。午後は2年生・3年生の部。特に、本校生徒会活動の伝統となった自作自演の「友情のハーモニー」と題した劇は、いじめ撲滅を訴える、心に残るドラマとなりました。

そして圧巻なのは、合唱コンクール。各学年学級の個性と学年を経た成長の証とが如実に歌声に表れ、聴衆に深い感動をもたらしました。特に3年生の歌声は秀逸で、保護者の方からも「すばらしかった」「感動した」「レベルが高い」との賛辞をいただきました。

そして、今年は閉会式の中で、合唱コンクール成績発表および表彰を行い、一段と盛り上がりました。本行事を通して学んだ多くのことを、今後の日々の生活や学習に生かし、更なる成長につなげて欲しいと願います。

ご支援をいただきました保護者の皆様に、心から感謝申し上げます。



[合唱コンクール 結果]

	1学年	2学年	3学年
金賞	3組	5組	6組
銀賞	7組	4組	4組
銅賞	4組	2組	2組

[ご来校くださった保護者・地域の方]

———— 295名 ————

(近年では、最多数です。ありがとうございます。)

— 宮っ子チャレンジウィーク —

お世話になりました

本校におけるインフルエンザ流行のピークを過ぎた11月9日から5日間、2年生の宮っ子チャレンジウィークが行われました。201名の生徒が51の事業所に分かれ、それぞれの職場で実際の仕事を体験させていただきました。

生徒たちは、仕事に生き生きと取り組み、学校では体験できない多くのことを学ぶことができました。ご指導・ご支援くださいました地域の皆様に感謝しながら、今後の成長のために更に努力することを期待します。



— 地上デジタルテレビ 設置 —

50インチ 各教室に

11月4日(水)教室や特別教室に専用設置台付デジタルテレビ計31台が設置されました。これは、経済危機対策として成立した国の補正予算を使って、宇都宮市において教材として整備されたものです。

大切に有効活用していきましょう。



～ PTA行事「フェスタ鬼怒」～

バザーあり、模擬店あり、生徒の活動ありの多彩な催しが行われ、活況を呈しました。利益金186,289円はPTA特別会計に繰り入れられます。感謝いたします。

保護者の同伴がなくとも

中学生が新型インフルエンザワクチンの接種を受けられます

手順は？

- ・保護者が当該ワクチンの接種に係る安全性を十分理解し同意する
- ・あらかじめ保護者が同意書欄へ署名する
- ・当該生徒が医療機関に持参する
- ・当該生徒は医師の問診及び診察を受ける
- ・接種を受ける または 見合わせる

予診票や同意書は？

- ・保健所や各医療機関で配布を行っています
- ・本校の保健室にも予診票を用意しています。接種を希望する場合には、養護教諭に申し出てください。

		診察前の体温		度		分	
住所							
受ける人の氏名	男女	生年月日	平成	年	月	日	カ月)
優先接種対象者等分類	1. 基礎疾患を有する者 2. 中学生に相当する年齢の者						
質問事項			回答欄		医師記入欄		
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児検診などで異常があるといわれたことがありましたか			あった	なかった			
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の治療(投薬など)を受けていますか 病名()			はい	いいえ			
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか			はい	いいえ			
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()			はい	いいえ			
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか (病名)			はい	いいえ			
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()			はい	いいえ			
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか その際に具合が悪くなったことはありますか			はい	いいえ			
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類()			はい	いいえ			
二ツトリの肉や卵などにアレルギーがありますか			はい	いいえ			
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか			はい	いいえ			
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃			はい	いいえ			
そのとき熱がでましたか			はい	いいえ			
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか			はい	いいえ			
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか			はい	いいえ			
上記の質問事項に対し、あなたが記入された回答をもとに、医師が問診や診察を行い、予防接種が可能であると判断した場合、接種することに同意しますか(同意します ・ 同意しません) ※かつこのどちらかを○で囲んでください 平成 年 月 日 保護者自署							
医師の記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)と判断します 接種を受ける本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をした 医師署名又は記名押印							
ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所、医師名、接種年月日					
メーカー名	ml	実施場所					
Lot No.		医師名					
		接種年月日 平成 年 月 日					