

心臓検診

■ 検査項目

一次検診：問診・心電図検査・血圧測定※

二次検診：専門医の聴診・安静時心電図検査※・運動負荷試験※・心エコー図検査※ ※選択項目

■ 検診資材 心臓検診調査票を事前に送付いたします。

- ご依頼により当協会にて出力し、送付いたします。
- 質問1～4および学校記入欄については、漏れなく記入をお願いいたします。
- 心臓病や川崎病の既往がある場合、現状を詳しく記載してください。記入例をご参照ください。
- 調査票は検診前日までに回収し、記入漏れや誤記がないか確認をお願いいたします。
- 予備の心臓検診調査票、記入例はダウンロードできます。

■ 検診当日 児童生徒の皆さんへあらかじめご指導をお願いいたします。

- 検診直前の過度な運動は避けてください。
- 女子はブラジャー（スポーツブラ含）を外し、ストッキングを脱いだ状態で検査いたします。
- 血圧測定がある場合、袖のゆるい服装でお願いいたします。

■ 検診場所 学校の施設・備品をお借りしますのでご協力をお願いいたします。

- 検診会場は静かな場所のご用意をお願いいたします。
- 検査用として、検診班1班あたり頑丈な机（折り畳み不可）、長机1台、毛布1枚、ついたて2、3枚の準備が目安です。レイアウト図をご参照ください。
- 受付用として、ホール・教室・廊下などの一角に机と椅子1組のご準備をお願いいたします。
- 血圧測定を実施する場合、受付と同じ場所に机と椅子3組のご準備をお願いいたします。

■ 二次検診

- 検診日程の二週間前をめどに、対象者をお知らせいたします。
- 検査項目は医師の判断により決定いたします。



養護教諭 様

平素より大変お世話になっております。

今年度の心臓検診調査票を送付いたします。検診前日までに記入漏れがないようご確認をお願いいたします。
また、検診当日は下記要領で検診会場の準備をお願いいたします。

(1) 受付（部屋が狭い場合、受付は廊下などでもかまいません）

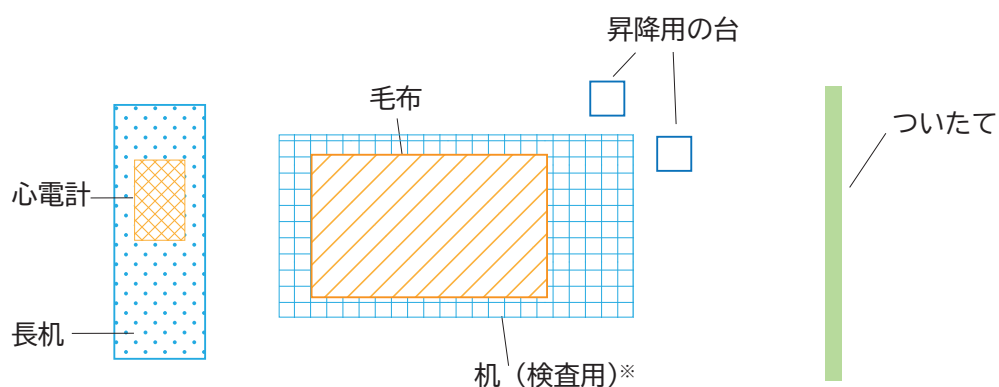
机 1 台、椅子 1 脚

* 血圧測定がある場合（1 班あたり）：長机 1 台、椅子 3 脚、コンセント

(2) 会場（1 班あたり）

机（検査用）※、長机 1 台、毛布 1 枚、つい立、昇降用の台または椅子、コンセント

【検査室のレイアウト例】



※脚の丈夫な机をお願いします

(3) 検査時の服装 ～スムーズに検査を進めるためにご協力をお願いします～

体操着など脱ぎやすい服装でお願いします。靴下は履いたままで検査できます。

【小学生】上半身は薄着、短パンもしくはズボンの裾をまくってお待ちください。

【中学・高校生】上半身はTシャツ 1 枚、短パンもしくはズボンの裾をまくってお待ちください。

（女子はTシャツ以外のインナーは外してください。）

(4) 検査方法

ベッドに横になり、両手首・両足首と胸に電極を付け検査します。

痛みはほとんどありません。

検査時間は一人約 1 分です。

(5) その他

検診前日までに担当者から確認の電話をいたします。ご不明な点がございましたら、その際に確認をお願いいたします。

お問合せ先

日程・健診全般：地域・学校健診課 019-638-7188

心臓検診詳細：生理機能検査課 019-638-4838

心臓検診調査票 記入例

検診年月日

受診番号

太枠内についてご記入ください。なお質問1～4は重要事項ですので、保護者の方に記入をお願いします。

学校名 〇〇高等学校	1 年 1 組 1 番	フリガナ ヨボウ タロウ 氏名 予防 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日 平成 〇 年 〇 月 〇 日 令和
クラブ名 野球部	出身学校名 〇〇中学校	転校歴のある方はご記入ください。 ●●中学校→〇〇中学校	身長 170 cm	体重 60 kg
心電図判定 0 ・ 1a ・ 2 ・ 3			血圧 ～ mmHg	
			問診判定 0 ・ 1a ・ 1b ・ 2	

質問1. 今までに病院または検診で『心臓が悪い』『所見がある』といわれたことがありますか？

<input checked="" type="radio"/> はい	① 何といわれましたか？（該当するものに○をつけて詳しい病名を記入してください） 1. 先天性心疾患 <input checked="" type="radio"/> 2. 不整脈 3. 心筋疾患 <input checked="" type="radio"/> 4. 心雑音 5. リウマチ性心臓病 6. その他 病名： 上室性期外収縮 収縮期雑音
「はい」の方は ①～④の質問に お答えください	② いつ、どこで診断されましたか？ (7 歳 2 ヶ月頃) 医療機関名 予防医学医院
	③ その後どうしていますか？（いずれかに○をつけてください） <input checked="" type="radio"/> ① 定期的に医療機関を受診している 現在の医療機関名： 予防医学大学病院 (1 回 / 1 年)
	2. 医療機関もしくは学校検診で、異常なしまたは管理不要といわれた
	3. 医療機関を受診していないまたは放置
	④ 心臓の手術は受けましたか？ 1. はい (歳 ヶ月頃)
	<input checked="" type="radio"/> ② いいえ

質問2. 『川崎病』にかかったことがありますか？

<input checked="" type="radio"/> はい	① いつ、どこで診断されましたか？ (5 歳 2 ヶ月頃) 医療機関名： 予防医学大学病院
「はい」の方は ①～③の質問に お答えください	② 心エコー図検査を受けたことがありますか？ <input checked="" type="radio"/> ① はい → ・その時、冠動脈に異常があったといわれましたか？ ① はい 2. いいえ ・現在、冠動脈に異常があるといわれていますか？ 1. はい <input checked="" type="radio"/> ② いいえ
	③ 現在どうしていますか？ <input checked="" type="radio"/> ① 定期的に医療機関を受診している 現在の医療機関名： 予防医学大学病院 (1 回 / 3 年)
	2. 医療機関を受診した結果、問題ないといわれ終了した

質問3. 最近次のような症状がありますか？（「はい」の方は当てはまるものすべてに○をつけ、※にもお答えください）

<input checked="" type="radio"/> はい	(<input type="radio"/>) 何もしないのに急にどろきがした(いつもの倍以上の脈が打つ)
「はい」の方は ①～③の質問に お答えください	(<input type="radio"/>) 少しの運動でうずくまったり、胸がしめつけられるように苦しくなることがある
	(<input type="radio"/>) とどきき脈がとぎれることがある
	(<input type="radio"/>) 立ちくらみやけいれんではなく、気を失ったことがある ↳ (安静時・ <input checked="" type="radio"/> 運動中・運動後) 状況： ※ 症状があったのは (14 歳頃)、症状について病院を受診したことが (<input checked="" type="radio"/> ある・ない)

質問4. 血縁者に以下の病気と診断された方がいますか？

<input checked="" type="radio"/> はい	① 誰が？ (父・母 兄弟・姉妹 <input checked="" type="radio"/> 祖父母 おじ・おば)
「はい」の方は ①～③の質問に お答えください	② 該当する病名に○をつけてください。 (肥大型心筋症 <input checked="" type="radio"/> 拡張型心筋症・拘束型心筋症・QT延長症候群 マルファン症候群・ブルガダ症候群・肺高血圧症・原因不明の突然死(40歳以下))
	③ 今回検診を受けるお子様は詳しい検査を受けたことがありますか？ (<input checked="" type="radio"/> ある・ない)

学校記入欄(ここから下は保護者は記入しないでください)

I. 校医所見(なし・あり)

1. チアノーゼ 2. ばち状指 3. 浮腫 4. 胸郭変形 5. 異常心音 6. 心雑音 7. 機能性心雑音 8. 不整脈

II. 養護教諭、担任からの情報・意見 ()

心臓検診調査票

検診年月日

受診番号

太枠内についてご記入ください。なお質問1～4は重要事項ですので、保護者の方に記入をお願いします。

学校名	年	組	番	フリガナ 氏名	男 女	生年月日 平成 年 月 日 令和
クラブ名	出身学校名	転校歴のある方はご記入ください。			身長	体重 cm kg
心電図判定 0 ・ 1a ・ 2 ・ 3				血圧 ~ mmHg		
				問診判定 0 ・ 1a ・ 1b ・ 2		

質問1. 今までに病院または検診で『心臓が悪い』『所見がある』といわれたことがありますか？

処理欄

<input checked="" type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい	① 何といわれましたか？(該当するものに○をつけて詳しい病名を記入してください) 1. 先天性心疾患 2. 不整脈 3. 心筋疾患 4. 心雑音 5. リウマチ性心臓病 6. その他 病名 : _____ ② いつ、どこで診断されましたか？ (歳 ヶ月頃) 医療機関名 : _____ ③ その後どうしていますか？(いずれかに○をつけてください) 1. 定期的に医療機関を受診している 現在の医療機関名 : _____ (回 / 年) 2. 医療機関もしくは学校検診で、異常なしまは管理不要といわれた 3. 医療機関を受診していないまたは放置 ④ 心臓の手術は受けましたか？ 1. はい (歳 ヶ月頃) 2. いいえ	なし 1b 1a 2 2 1a
---	---	--------------------------------

質問2. 『川崎病』にかかったことがありますか？

<input checked="" type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい	① いつ、どこで診断されましたか？ (歳 ヶ月頃) 医療機関名 : _____ ② 心エコー図検査を受けたことがありますか？ 1. はい → その時、冠動脈に異常があるといわれましたか？ 2. いいえ 1. はい 2. いいえ ・現在、冠動脈に異常があるといわれていますか？ 1. はい 2. いいえ ③ 現在どうしていますか？ 1. 定期的に医療機関を受診している 現在の医療機関名 : _____ (回 / 年) 2. 医療機関を受診した結果、問題ないといわれ終了した	1b 1a
---	---	----------

質問3. 最近次のような症状がありますか？ (「はい」の方は当てはまるものすべてに○をつけ、※にもお答えください)

<input checked="" type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい	() 何もしないのに急にどろきがした(いつもの倍以上の脈が打つ) () 少しの運動でうずくまったり、胸がしめつけられるように苦しくなることがある () ときどき脈がとぎれることがある () 立ちくらみやけいれんではなく、気を失ったことがある ↳ (安静時・運動中・運動後) 状況: _____ ※ 症状があったのは(歳頃)、症状について病院を受診したことが (ある ・ ない)	2 2
---	--	--------

質問4. 血縁者に以下の病気と診断された方がいますか？

<input checked="" type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい	① 誰が？(父・母 兄弟・姉妹 祖父母 おじ・おば) ② 該当する病名に○をつけてください。 「はい」の方は ①～③の質問に お答えください <table border="0"> <tr> <td>・肥大型心筋症</td> <td>・拡張型心筋症</td> <td>・拘束型心筋症</td> <td>・QT延長症候群</td> </tr> <tr> <td>・マルファン症候群</td> <td>・ブルガダ症候群</td> <td>・肺高血圧症</td> <td>・原因不明の突然死(40歳以下)</td> </tr> </table> ③ 今回検診を受けるお子様は詳しい検査を受けたことがありますか？ (ある ・ ない)	・肥大型心筋症	・拡張型心筋症	・拘束型心筋症	・QT延長症候群	・マルファン症候群	・ブルガダ症候群	・肺高血圧症	・原因不明の突然死(40歳以下)	2
・肥大型心筋症	・拡張型心筋症	・拘束型心筋症	・QT延長症候群							
・マルファン症候群	・ブルガダ症候群	・肺高血圧症	・原因不明の突然死(40歳以下)							

学校記入欄(ここから下は保護者は記入しないでください)

I. 校医所見(なし・あり)

1. チアノーゼ 2. ばち状指 3. 浮腫 4. 胸郭変形 5. 異常心音 6. 心雑音 7. 機能性心雑音 8. 不整脈

II. 養護教諭、担任からの情報・意見

(

)

1a

2

心臓検診のお知らせ

保護者の方にお願ひ

心臓検診は、お子様が楽しく意義ある学校生活を送るために、学校の健康診断の中でも特に重点がおかれています。

この調査票は、心臓検診を行うために必要ですので、保護者の方がご記入のうえ、期日までにご提出くださいますようお願い申し上げます。

検診日時： 月 日

学校長 _____

裏面の『心臓検診調査票』の記入方法について

太枠内を児童・生徒ではなく保護者の方がご記入ください。

質問1から質問4までの質問項目に対して、はい・いいえのどちらかを○で囲む形式でお答えください。

【質問1】今までに医師より心臓が悪いといわれたことがある、または検診等で所見があるといわれたことがある場合には、①～④の質問にお答えください。

① → 1～6の該当するものに○をして、詳しい病名、所見名をお書きください。

④ → 手術を複数回受けた方はその年齢を全てお書きください。

【質問2】今までに『川崎病』（疑いも含む）といわれたことがある場合には、①～③の質問にお答えください。

特に②心エコー図検査についての質問は重要ですので、その時の冠動脈異常の有無、現在の冠動脈異常の有無について記入漏れがないようにお願いします。

【質問3】心臓検診を受けるお子様に確認のうえ、該当する自覚症状全てに○をおつけください。

「気を失ったことがある」場合は、安静時・運動中・運動後に○をして、その状況をお書きください。

【質問4】父母、兄弟、姉妹、祖父母、おじ、おばの方で、②の疾患の方または40歳以下で原因不明で急死した方がおられましたら、該当する方と病名に○をおつけください。

（よく覚えていない、不確かな場合は「いいえ」に○をおつけください。）

また、今回検診を受けるお子様が同じ病気に関する検査を受けたことがある場合は「ある」に○をおつけください。

注）肥大型心筋症・・・単なる心肥大、左室肥大、右室肥大とは異なります。

肺高血圧症・・・いわゆる高血圧症とは異なる特別なものです。

その他、お子様の心臓に関して気になることがある場合は、できるだけ詳しく余白にご記入ください。

個人情報の取り扱いについて

個人情報の適切な使用と保護のため、健康診断等で取得した個人情報は公益財団法人岩手県予防医学協会の個人情報保護基本規程に則し適正に管理します。また、公衆衛生の向上等を目的とした学術研究や発表を行う場合がありますが、その際は個人を識別できないよう匿名化し厳重に取り扱います。