

# 保護者の皆様へ

## 生活習慣病予防健診の実施にあたり

### 家族歴調査について

- ・日本人の主要死因は、がん疾患・心臓疾患・肺炎・脳血管疾患です。
- ・そのうち心臓疾患と脳血管疾患は、動脈硬化が原因で発症する（動脈硬化疾患）ことが多く、全死亡原因の30%を占めています。
- ・これらの病気にかかる原因は、日常生活に関係しているため「生活習慣病」と呼ばれています。
- ・動脈硬化を引き起こしやすい原因と考えられる危険因子には、高血圧・高脂血症・糖尿病・肥満などがあげられます。症状があらわれるのは通常成人になってからですが、実は動脈硬化の進行は子供の頃に始まっています。この危険因子の芽を早期に摘むことが生活習慣病を減らすことにつながります。
- ・生活習慣病は普段から生活を共にしている家族も同じような傾向になりがちです。また、遺伝的な要素を含んでいるケースもありますので家族の病歴は生活習慣病の指導に大きな意味を持つとされています。
- ・この調査と健診は、お子様とご家族さまが『生活習慣病の予防』を生活の中で意識していただき、健康で健やかな将来を築いていただく事を目的に行っています。

### 健診日程について

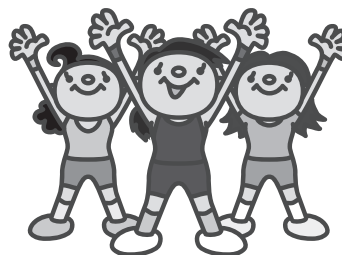
☐ 健診日： 平成          年          月          日（          ）  
☐ 場    所：  
☐ 時    間： 午前・午後          時          分    ～          時          分

### 採血について

- ・以前、採血時に具合が悪くなった事があれば、当日までに担当の先生（学級担任・養護教諭）にお知らせください。
- ・安全に行うために看護師が血管の確認をして条件の良い腕を選びます。
- ・細心の注意をはらっていますが、まれに痛み・腫れ・内出血を伴うことがあります。
- ・袖口のゆったりした服装にしてください。
- ・健診前日は十分な睡眠をとるなど、お子様の体調管理へ配慮をお願いします。
- ・検査に際しお子様が「著しく」嫌がったり、血管の状態により採血が難しいと判断した場合には中止することがあります。

### 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、厳重な注意を払ってまいります。



公益財団法人 **岩手県予防医学協会**

# 生活習慣病予防健診調査票

太線の枠内をご記入ください。

健診年月日

|             |    |        |    |  |        |   |                  |           |        |
|-------------|----|--------|----|--|--------|---|------------------|-----------|--------|
| 学<br>校<br>名 |    |        |    |  | 受付番号   |   |                  |           |        |
| フリガナ        |    |        |    |  | 性<br>別 | 男 | 学<br>年           | 組         | 席<br>順 |
| 氏<br>名      |    |        |    |  | 性<br>別 | 女 | 生<br>年<br>月<br>日 | 平成 年 月 日生 |        |
| 身<br>長      | cm | 体<br>重 | kg |  |        |   |                  |           |        |

質問にお答えください。

1) 健診を受けるお子様に、現在下記の疾患で治療中のものがありますか。

はい ・ いいえ

●「はい」の方は該当する病名に○印を付けてください。

高血圧      脂質異常症  
(高脂血症など)      糖尿病      肝障害

2) お子様のご家族の中で、現在下記の疾患で治療中のものがありますか。  
\*この場合のご家族とは2親等(父・母・祖父母・兄弟姉妹)までです。

はい ・ いいえ

●「はい」の方は該当する病名に○印を付けてください。

高血圧症      脂質異常症  
(高脂血症など)      糖尿病  
(1型を除く)      狭心症      心筋梗塞      脳卒中      肥満

★ 保護者の皆様へ

裏面の『生活習慣病予防健診の実施にあたり』を必ずお読みください。



あなたと共に健康づくり

**よぼういがく協会**

公益財団法人 岩手県予防医学協会

# 記入例

## 生活習慣病予防健診調査票

太線の枠内をご記入ください。

健診年月日

|      |         |    |      |      |      |                   |    |    |
|------|---------|----|------|------|------|-------------------|----|----|
| 学校名  | 〇〇 中学校  |    | 受付番号 |      |      |                   |    |    |
| フリガナ | ヨボウ ハナコ |    | 学年   | 1    | 組    | 1                 | 席順 | 15 |
| 氏名   | 予防 花子   |    | 性別   | 女    | 生年月日 | 平成 15 年 5 月 27 日生 |    |    |
| 身長   | 151.5   | cm | 体重   | 38.5 | kg   |                   |    |    |

質問にお答えください。

1) 健診を受けるお子様に、現在下記の疾患で治療中のものがありますか。

はい ・ いいえ

●「はい」の方は該当する病名に○印を付けてください。

高血圧

脂質異常症  
(高脂血症など)

糖尿病

肝障害

2) お子様のご家族の中で、現在下記の疾患で治療中のものがありますか。

\*この場合のご家族とは2親等(父・母・祖父母・兄弟姉妹)までです。

はい ・ いいえ

●「はい」の方は該当する病名に○印を付けてください。

高血圧症

脂質異常症  
(高脂血症など)

糖尿病  
(1型を除く)

狭心症

心筋梗塞

脳卒中

肥満

★ 保護者の皆様へ

裏面の『生活習慣病予防健診の実施にあたり』を必ずお読みください。



あなたと共に健康づくり

よぼういがく協会

公益財団法人 岩手県予防医学協会