

寄生虫卵検査受取確認票

この度は検査検診のお申し込みをいただきありがとうございます。

恐れ入りますが下記にご記入の上、

今回お預かりする検体と一緒に提出をお願い致します。

提出日： 平成 年 月 日

学校名： _____ 学校

提出検体数： _____ 件

1. 未提出の方はいますか

① い ない

② い る (名) (下記2にご回答ください)

2. 「いる」場合、追加提出の予定はありますか

① な い (今回提出分で終了)

② あ る (下記3にご回答ください)

3. 追加提出 送付予定日 _____ 月 _____ 日頃

※ 追加提出の送付は、結果報告の都合上 1 週間以内を目処にお願い致します。

*この欄へのご記入は必要ありません。

協 会 使 用 欄

回収員

コード：

資 料：

処理

一括・別途

確認者

【平成 年度 尿検査既往歴・管理状況調査表】

提出日：平成 年 月 日

学校名 _____

記載者 _____

尿検査に関して現在管理あり(治療中または経過観察中)の児童・生徒さんについて、記入をお願い致します。

学年	組	席順	氏 名	性別	生年月日	診 断 名	腎糖の区別 (○で囲む)	備 考 欄
					. .		1. 腎 2. 糖 3. 腎糖	
					. .		1. 腎 2. 糖 3. 腎糖	
					. .		1. 腎 2. 糖 3. 腎糖	
					. .		1. 腎 2. 糖 3. 腎糖	
					. .		1. 腎 2. 糖 3. 腎糖	
					. .		1. 腎 2. 糖 3. 腎糖	
					. .		1. 腎 2. 糖 3. 腎糖	
					. .		1. 腎 2. 糖 3. 腎糖	
					. .		1. 腎 2. 糖 3. 腎糖	
					. .		1. 腎 2. 糖 3. 腎糖	

* 転校生の場合は備考欄に転入前の学校名の記入もあわせてお願い致します。

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1～5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				フリガナ	男	生年月日						
		年	組	氏名	女	平成 年 月 日						
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					
	血压					～	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
☐ いいえ	☐ はい	なし
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） 2. いいえ		1b 1a 2 2 1a
質問2. 『川崎病』にかかったことがありますか？		
☐ いいえ	☐ 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、冠動脈に異常があったといわれましたか？ 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. 今までに医師または病院で『高血圧』といわれたことがありますか？		
☐ いいえ	☐ はい	2
質問4. 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）		
☐ いいえ	☐ はい	
（ ）何もしないのに急にどろろとした（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、安静時、運動中、運動直後に気を失ったことがある ※ 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5. 血縁者に40歳以下で、心臓病で急死、または原因不明で急死した方がいますか？		
☐ いいえ	☐ はい	
誰が？（ 父・母 兄弟 祖父母 おじ・おば ） 何歳で？（ 歳 ） 詳しい病名がわかる方はご記入ください： _____		2

----- 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. 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

保護者の方をお願い

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5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、所見名をご記入ください。

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4】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。

【質問5】父母、兄弟、姉妹、祖父母、おじ・おばの方で、40歳以下で心臓病で急死、または原因不明で急死した方がおられましたら、該当する方に○をして、何歳で亡くなったかお書きください。

また、詳しい病名が分かる方は、病名をご記入ください。

病名の例：心筋梗塞、心筋症、ブルガダ型症候群、QT延長症候群など

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定に則し適正に管理し、厳重な注意を払ってまいります。

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1～5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 予防医学学校	1年1組1番	フリガナ ヨボウ タロウ 氏名 予防 太郎	☒ 男 女	生年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日
クラブ名 野球部	出身学校名 予防医学小・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	問診判定 0 ・ 1a ・ 1b ・ 2			
血圧 ~ mmHg				

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？

☐ いいえ ☒ 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：**上室性期外収縮 収縮期雑音**

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）
☒ 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）
☒ ② いいえ

質問2. 『川崎病』にかかったことがありますか？

☐ いいえ ☒ 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**）
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：**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. 今までに医師または病院で『高血圧』といわれたことがありますか？

☐ いいえ ☒ はい

質問4. 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）

☐ いいえ ☒ はい

（ ☐ ）何もしないのに急にどきどきがした（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、安静時、運動中、運動直後に気を失ったことがある
※ 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（ ある ☒ ない）

質問5. 血縁者に40歳以下で、心臓病で急死、または原因不明で急死した方がいますか？

☐ いいえ ☒ はい

誰が？（父・母 兄弟 ☒ 祖父母 おじ・おば） 何歳で？（ **38** 歳）
詳しい病名がわかる方はご記入ください：**心筋症**

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. 不整脈

II. 養護教諭、担任からの情報・意見（ ）

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

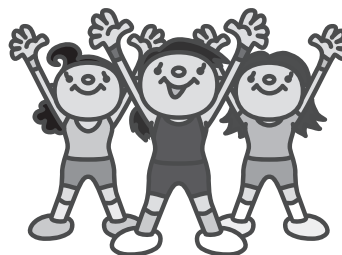
☐ 健診日： 平成 年 月 日（ ）
☐ 場 所：
☐ 時 間： 午前・午後 時 分 ～ 時 分

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 校 名					受付番号				
フリガナ					性 別	男	学 年	組	席 順
氏 名					性 別	女	生 年 月 日	平成 年 月 日生	
身 長	cm	体 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

☆☆☆ 記入例 ☆☆☆

～胸部X線撮影受診票～

検診実施日 平成 年 月 日

フィルムNo.	※記入しないでください。
---------	---------------------

*** 太枠内を記入してください。**

(学校名、氏名、フリガナ、性別、年齢、生年月日、区分、学年、組・学科、席順・学生番号)

学 校 名	フリガナ	ヨボウ タロウ	性別	年 齢	生 年 月 日
○ ○ 学校	氏 名	予 防 太 郎	男 ・ 女	15 歳	H S ○ ・ ○ ・ ○

※管理番号記入欄

注: 算用数字およびアルファベットを使用し、右詰にて記入してください。

(区分) 生徒は 1	(学年) 1年生は 1	(組・学科) 1組は 1 A組は A 組指定のない場合は1としてください	(席順・学生番号) 出席番号
(区分) — 1	(学年) — 1	(組・学科) — — — — 1	(席順・学生番号) — — — — — — — — 1 3

◎ 検診について

検診にあたり次のことについて養護教諭(担任教諭)より、児童・生徒にあらかじめご説明・ご指導をお願いいたします。

(1) 撮影は薄手のTシャツ1枚着用にて実施します。

* 無地が原則です。刺繍やゴムプリントのものは着用しない。

* トレーナーや、ボタン・金属類(ファスナーなど)の付いたものも不可。

* 貴金属類をはずす。

* 女子はブラジャー、スポーツブラジャーなどをあらかじめ脱ぐように、又、両肩より長い髪は上にまとめる。

(2) 検診中は私語を慎む。

公益財団法人 岩手県予防医学協会

～胸部X線撮影受診票～

検診実施日 平成 年 月 日

フィルムNo.	
---------	--

*** 太枠内を記入してください。**

(学校名、氏名、フリガナ、性別、年齢、生年月日、区分、学年、組・学科、席順・学生番号)

学 校 名	フリガナ	性別	年 齢	生 年 月 日
	氏 名	男 ・ 女	歳	H S . .

※管理番号記入欄

注: 算用数字およびアルファベットを使用し、右詰にて記入してください。

(区分) 生徒は 1	(学年) 1年生は 1	(組・学科) 1組は 1 A組は A 組指定のない場合は1としてください	(席順・学生番号) 出席番号
(区分) — 1	(学年) — 1	(組・学科) — — — —	(席順・学生番号) — — — — — — — —