

生活習慣病予防健診

*青字用紙は別添にてダウンロードできます

事前登録 健診前に属性情報の登録が必要となります。

■ 検査項目

アンケート調査（家族歴・糖尿の有無）・肥満度・HbA1c・総コレステロール・LDL コレステロール・HDL コレステロール・AST(GOT)・ALT(GPT)・中性脂肪（参考値出力）

- HbA1c は食事条件に影響されず糖尿病のスクリーニングに有効です。
- LDL コレステロールと HDL コレステロールの組合せによる判定は、将来の冠動脈疾患や脳血管障害の予防に有効です。

■ 検査資材 事前に [生活習慣病予防健診調査票*7](#) をご送付いたします。

- 事前に依頼をいただければ、お預かりしている属性情報をもとに、当会にて氏名等を出力して送付いたします。
- 学年・組・出席番号（席順）・氏名・フリガナ・性別・生年月日の記入をお願いいたします。
- 身長・体重と質問 1・2 の記入をお願いします。[別紙記入例*8](#) をご参照ください。

■ 検査当日 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。

- 袖のゆるい服装をお願いいたします。
- 原則として、どちらか一方の腕を選び肘の静脈から採血いたします。
- 止血は以下の要領で行ってください。当日、当会職員からも説明いたします。

止血方法

- ▶ 採血した方の腕を伸ばして、反対の手の親指で **5分ほど圧迫** します。
- ▶ 押さえた場所は **絶対にもんではいけません**。

■ 検査場所 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。

- 採血のためにお部屋をお借りいたします。
- 受付用に長机1脚と椅子1脚、採血用に長机2脚と椅子6脚をお借りいたします。
- 寒冷時には暖房などの配慮をお願いします。また、血管が見えにくい場合には腕を温めるお湯などの準備をお願いいたします。



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	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	男	生年月日	平成 15 年 5 月 27 日生		
					<input checked="" type="radio"/>					
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。



すこやかに生きる力を

公益財団
法人

岩手県よぼういがく協会



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言われています。
- ・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

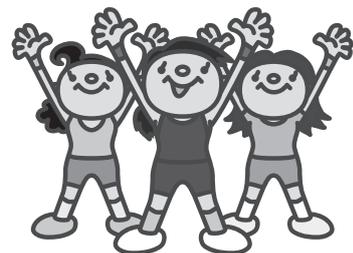
- 健診日： 年 月 日 ()
- 場 所：
- 時 間： 午前・午後 時 分 ~ 時 分

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。



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	-----			学年	組	席順	
氏名				性別	男 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。



すこやかに生きる力を

公益財団法人 岩手県よぼういがく協会

