

学校心臓検診調査票

子どもたちが充実した学校生活を安全に送るために健康管理は欠かせません。その一環として学校健康診断に心臓検診を実施しています。この調査票の内容は検診以外の目的に使用することはありませんので、適切にご回答ください。

学校					氏名	フリガナ			
クラス		番号		生年 月日	西暦	性別	男・女	コード計	
					年	月	日生		
センター記入欄 ＜検診ID＞									

保護者記入欄 (記入日： 月 日)

すべての項目に“いいえ・はい”でお答えください(✓)。

※A,B,C,D,E,F,I,Jで“はい”の場合、右の追加の質問にもお答えください。

心臓病検診について		いいえ	はい
児童生徒 についての 質問	A：生まれつきの心臓病と診断されている。(心室中隔欠損症、ファロー四徴症など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B：A以外の心臓の異常を指摘された。(心電図異常、不整脈など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C：川崎病にかかったことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	D：急に心臓がドキドキして不安を感じたことがある。 (あきらかな緊張や運動時を除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	E：突然倒れて気を失ったことがある。 (熱中症によるもの・てんかん発作・熱性けいれんなどは除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	F：ぜんそく発作ではなく、急に胸が苦しくなったことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ご家族 についての 質問	I：ご家族に以下の病気と診断された方がいる。 (該当する病名に✓、よく覚えていない等、不確かな場合は「いいえ」に✓)  ※該当者に○を→ 父・母・兄・弟・姉・妹 <input type="checkbox"/> 肥大型心筋症 <input type="checkbox"/> 拡張型心筋症 <input type="checkbox"/> 拘束型心筋症 <input type="checkbox"/> QT延長症候群 <input type="checkbox"/> マルファン症候群 <input type="checkbox"/> ブルガダ症候群 <input type="checkbox"/> 肺高血圧症 <input type="checkbox"/> 原因不明の突然死 <input type="checkbox"/> 「若くして心筋梗塞」と言われた(祖父母、両親) →※男性55歳未満、女性65歳未満で発症したものに限る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	J：ご家族に以下に当てはまる方がいる。  <input type="checkbox"/> 「家族性高コレステロール血症」と言われた(両親、兄弟姉妹) →※遺伝的にLDL(悪玉)コレステロールを処理する能力が低く、若くして動脈硬化が進む疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

はいの場合  
追加1へ

はいの場合  
追加2へ

追加1. 病名または指摘された異常を記入し、現在の状況について選んでください。

診断されたとき _____ 才	① 詳しい検査は受けていない。	<input type="checkbox"/>	100
病名または指摘された内容	② 詳しい検査や治療を受けて、“定期的な診察が予定されている”。	<input type="checkbox"/>	100
	次回予定 _____ 年 _____ 月		
診断または治療を受けた病院名	③ 詳しい検査や治療を受けて、“定期的な診察は不要と言われている”。	<input type="checkbox"/>	0
	最終受診 _____ 年 _____ 月		

追加2. お子様の現在の状況について、選んでください。

④ 詳しい検査は受けていない。	<input type="checkbox"/>	100
⑤ 詳しい検査や治療を受けて、“定期的な診察が予定されている”。	<input type="checkbox"/>	100
病院 _____ 次回予定 _____ 年 _____ 月		
⑥ 詳しい検査や治療を受けて、“定期的な診察は不要と言われている”。	<input type="checkbox"/>	0
病院 _____ 最終受診 _____ 年 _____ 月		

学校記入欄

学校1：肥満度について		
(計測日： 月 日)	・やせ傾向(−20%以下)	<input type="checkbox"/>
身長 _____ cm	・正常範囲(−20%~+20%)	<input type="checkbox"/>
体重 _____ kg	・軽度肥満(+20%以上 +30%未満)	<input type="checkbox"/>
肥満度 _____ %	・中等度肥満(+30%以上 +50%未満)	<input type="checkbox"/>
	・高度肥満(+50%以上)	<input type="checkbox"/>

学校2：学校医、養護教諭などによる受診勧奨

学校医による受診勧奨	異常な心雑音 <input type="checkbox"/> 100	不整脈 <input type="checkbox"/> 100
不要 <input type="checkbox"/> 0	肥満傾向 <input type="checkbox"/> 10	やせ傾向 <input type="checkbox"/> 10
要 <input type="checkbox"/>	その他[ _____ ]	<input type="checkbox"/> 100

※右のいずれかに✓