

記入不要

|        |           |   |   |    |          |     |    |
|--------|-----------|---|---|----|----------|-----|----|
| 学校名    | 亀山市立白川小学校 |   |   |    |          |     |    |
| 身長(cm) | 体重(kg)    | 年 | 組 | 番号 | 名前(フリガナ) | 性別  | 年齢 |
|        |           |   |   |    | ( )      | 男・女 | 才  |

令和 年度 心臓検診カード

① 心臓病調査—保護者で記入

| 記号 | 答                                      | 記号 | 答                                      | 記入事項 |
|----|----------------------------------------|----|----------------------------------------|------|
| A  | ある <input checked="" type="radio"/> ない | D  | ある <input checked="" type="radio"/> ない |      |
| B  | ある <input checked="" type="radio"/> ない | E  | ある <input checked="" type="radio"/> ない |      |
| C  | ある <input checked="" type="radio"/> ない | F  | ある <input checked="" type="radio"/> ない |      |
| G  | ある <input checked="" type="radio"/> ない |    |                                        |      |

② 健康観察所見—養護教諭または学級担任で記入(所見のない場合は無記入とする)

|  |
|--|
|  |
|--|

心臓検診カードの記入について

4月24日(月)に1年生・4年生対象の心電図検査があります。

それにさきがけて調査が必要です。たくさん記入箇所がありますが、記入例にならって

両面必ずご記入下さい。記入漏れがないようによろしくお願いします。

《お も て》

『①の心臓病調査保護者で記入』は、うらが書き終わってからご記入下さい。

《う ら》

すべての質問に「ない・ある」に○をつけて下さい。

Dの質問で ある に○をつけたお子さんには、もう1枚アンケートを書いていたので、後日お渡しします。

4月12日(水)までに、提出して下さい。

小学校  
中学校

う ら  
心臓病調査

※保護者の方々へお願い

子どもたちが楽しく意義ある学校生活を送るには、健康に気をつけなければなりません。ことに心臓に病気のある子どもの健康管理は大切です。そのため、心臓検診は学校の健康診断の中で、特に重点がおかれています。

この調査は心臓検診を行うためにぜひ必要ですので、保護者の方々のご協力をお願いします。

※記入上の注意：あてはまる記号を○印で囲み空らんは書き入れてください。

記入の上、結果を左記①心臓病調査欄へ転記(該当事項を○で囲む)してください。

| 問                                                                                                                                                                                                                       | 答(記入事項)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A 今までに医師から心臓が悪いといわれたことがありますか。<br>あるに○をつけた方は右の 1. いつ、<br>2. どこで、<br>3. 何と(病名など)、<br>4. その後のようす<br>を( )の中に記入するか、○で囲んでください。                                                                                                | <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある<br>1. ( 才 カ月)<br>2. 1) 乳幼児健康診査 2) 幼稚園・保育所健康診断<br>3) 小学校健康診断 4) 中学校健康診断 5) 開業医 6) 病院<br>3. 1) 先天性心臓病 (病名 )<br>2) 心臓べんまく症(くわしい病名 )<br>3) 不整脈(脈がみだれる)<br>4) 心臓肥大<br>5) 心雑音<br>6) その他(病名 )<br>4. 1) 精密検査で異常がなかった<br>2) 心臓の手術を受けた かつた病院名<br>3) 内科的な治療を受けた<br>4) 定期的に受診している<br>5) そのまま何もしていない<br>6) その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| B 今まで医師からリウマチ性の病気といわれたことがありますか。<br>あるに○をつけた方は右の 1. いつ、<br>2. 何と(その時の病名など)、<br>3. その後のようす<br>を( )の中に記入するか、○で囲んでください。                                                                                                     | <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある<br>1. ( )才のとき<br>2. 1) リウマチ熱<br>2) リウマチ性心炎<br>3) リウマチ性心臓べんまく症<br>4) その他のリウマチ(病名 )<br>3. 1) 精密検査で異常がなかった<br>2) 内科的な治療を受けた かつた病院名<br>3) 定期的に受診している<br>4) そのまま何もしていない<br>5) その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| C 今まで医師から「ぶとう病」といわれたことがありますか。                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| D 今まで医師から「川崎病」といわれたことがありますか。                                                                                                                                                                                            | <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| E 今までに次のような病気にかかったことがありますか。<br>1. シフテリア 2. 高血圧(腎炎をのぞく) 3. 甲状腺の病気<br>4. 敗血症 5. 5日以上続く原因不明の熱                                                                                                                              | <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある (左の病名を番号で記入してください。 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| F 最近、次のようなことがありますか。<br>1) 以前に比べて、疲れやすい。<br>2) 階段を普通の早さでのぼっても、どうきやいさぎれがする。<br>3) 胸がしめつけられるように苦しくなることがある。<br>4) ときどき脈がとぎれる。<br>5) 何もしないのに、急に心臓が早く(いつもの倍ほど)打つことがある。<br>6) 少しの運動でうずくまってしまう。<br>7) 気を失ったことがある。(てんかん、脳貧血等を除く) | ※1つでも「ある」の答えがあれば左記①への転記は「ある」に○印をつけてください。<br>※「ある」に○印がある場合は、「いつ」、「どのように」、「頻度」など状況を詳しく記入してください。ここ2ヶ月くらい<br>ない <input checked="" type="radio"/> ある ( 出かけに先で体がきれてしまう 2、3回 )<br>1) <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある ( )<br>2) <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある ( )<br>3) <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある ( )<br>4) <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある ( )<br>5) <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある ( )<br>6) <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある ( おにぎりを食べると、いつも苦い感じがする )<br>7) <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある ( ) |
| G 両親、兄弟、祖父母、おじ、おばなどで40才以下で突然死(心臓マヒ)した人がいますか。(脳卒中、事故等は除く)                                                                                                                                                                | ※「ある」に○印がある場合は、「どなた」が「何才頃」と「病名」を記入してください。<br>(例:祖父、38才、心筋症)<br>ない <input checked="" type="radio"/> ある ( おじ 37才 心筋こうそく )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |