

令和 年 月 日

保護者 様
年 組 氏名

市立 学校
校長
校医

学校健康診断における運動器検診結果のお知らせ

お子様は健康診断の結果、下記の疑いがありましたので、お知らせします。
つきましては、なるべく早めに専門医(整形外科)を受診されることをお勧めします。
専門医を受診されましたら、受診結果報告書に記載・捺印してもらい、学校に提出してください。

なお、定期的に専門医を受診している場合も、現在の様子をお知らせください。

- | | |
|----------|-----------------------------|
| 運動器疾患の疑い | 1 運動器機能不全(片足立ち・しゃがみ込み・バンザイ) |
| | 2 オーバーユース(肩関節・肘関節・体幹・膝) |
| | 3 脊柱側弯症 |

専門医受診の際は、この書類と保険証をご持参ください。

受診される際には、切り離さずに、この用紙をお渡しく下さい。

主治医 様

お手数ですが、児童生徒が受診しましたら、下記にご記入の上、本人にお返しく下さい。

医療機関受診結果報告書

学校名 _____ 年 組 氏名 _____

1. 結果 病的所見なし

所見あり(診断名: _____)
要治療 要経過観察 治療不要

2. 指導事項

運動制限 : 有 ・ 無
指示事項(具体的にご記入下さい)

次回受診 : ()カ月後 ()週後

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

様式5【色覚検査結果のお知らせ兼受診報告書】

令和 年 月 日

保護者様

年 組 氏名

学校名

校長

色覚検査結果のお知らせ

先日実施いたしました色覚検査の結果を次のようにお知らせします。

| | |
|--|----------------------------|
| | 今回の色覚検査では問題ありませんでした |
| | 色覚異常の疑いがありますので、眼科受診をお勧めします |

診断の結果に応じて学校生活や進路指導において配慮しますので、報告書を学校にご提出ください。

受診報告書(眼科)

【診断の結果】(該当するものに)

| | |
|--|--------|
| | 異常なし |
| | 色覚異常あり |
| | その他() |

【指導事項】

先天色覚異常は、色によって見分けにくいことがある程度で、日常生活ではほとんど不自由がありません。状況によっては色を見誤ったり、色を使った授業の一部が理解しにくかったりしますが、色を扱う授業も他児童と同様に行わせ、色のバリアフリーに留意して個々の見え方や感じ方を大切にすることが重要です。

多色を使用した教科書・教材の説明は色のみで表現せず、物の名前でも表現したり、形や位置を説明したりするなど色情報以外を付加してください。緑の黒板では赤チョークが非常に見づらいため、使用には十分注意してください。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

保護者様
年 組 氏名学校(園)名
校(園)長

視力検査・眼科健診結果のお知らせ

視力・眼科健診において下記の異常が認められました。眼科を受診して、治療や指導を受けてください。
受診の結果は、異常の有無にかかわらず、受診報告書を学校に提出してください。

1) 視力低下の疑い

| | 裸眼視力 | 眼鏡等での視力 |
|---|------|---------|
| 右 | | |
| 左 | | |

| 区分 | A | B | C | D |
|----|--------|---------|---------|--------|
| 視力 | 1.0 以上 | 0.9～0.7 | 0.6～0.3 | 0.3 未満 |

眼鏡等装用中では裸眼視力を測定しないことがあります

2) 目の病気の疑い

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

3) コンタクトレンズ(CL)装用に伴う検査

定期検査を受けましょう その他()

CL は多くの眼障害が生じるため、高度管理医療機器に認定されています。眼科医の診断を受けて作成し、定期検査を受けましょう。また、医師の指示に従って適正な眼鏡も準備しましょう。

受診報告書(眼科)

1) 視力・屈折検査の結果(眼鏡等装用中では裸眼視力を測定しないことがあります)

| | 裸眼視力 | 矯正視力 | 眼鏡等での視力 | 診 断 |
|---|------|------|---------|------------------------------------|
| 右 | | | | 近視 遠視 (近視性・遠視性・混合)乱視 調節緊張 弱視 正視 |
| 左 | | | | 近視 遠視 (近視性・遠視性・混合)乱視 調節緊張 弱視 正視 |

2) 目の病気

アレルギー性結膜炎 眼瞼皮膚炎 急性結膜炎 霰粒腫 麦粒腫(ものもらい)
睫毛内反(さかさまつげ) 角膜炎 眼位異常(斜視) その他()

【治療について】(該当するものに)

1. 異常なし 2. 経過観察 3. 現用眼鏡等で可 4. (眼鏡・CL)処方 5. 通院治療
6. 定期検査 7. その他()

【特記事項】(該当するものがあれば)

1. 感染性あり 2. 弱視等治療のため眼鏡を常用すること 3. その他()

令和 年 月 日 医療機関名
医 師 名

〇年 〇組 氏名 〇〇 〇〇 保護者 様

学 校 名
学 校 長 名
学 校 歯 科 医 名

歯・口の健康診断結果と受診のおすすめ

このたびの歯科健康診断の結果は下記のとおりです。

学校での健康診断はスクリーニング(ふるい分け)であり、確定診断ではありません。「受診をおすすめします」の欄に〇印がある人は、歯科医院で精査・治療を受けることをおすすめします。受診した結果については、主治医に「事後措置結果」欄に記入していただき、学校に提出してください。

また、それ以外の人にも、疾病の予防・早期発見のために定期的なかかりつけ歯科医への健診をおすすめいたします。

| | |
|--|-----------------|
| | 特に異常は見られませんでした。 |
|--|-----------------|

| | | |
|------|------------------|---|
| 経過観察 | 要観察歯 C0 | 見た目穴があいた状態のむし歯にはなっていませんが、そのまま放置するとむし歯が進行する可能性の高い歯があります。 |
| | 歯肉疾患要観察 G0 | 口の中の清掃が不十分なために、歯肉(歯ぐき)に軽度の腫れや出血が見られます。そのまま放置すると歯肉炎に進行する可能性が高くなります。 |
| | 歯列・咬合 含 矯正治療中 | 今、大きな問題は起こっていませんが症状が進まないように、経過観察が必要です。気になることがありましたら、かかりつけの歯科医等に御相談ください。 |
| | 顎関節 | |
| | 歯垢の付着 | |

| 受診をおすすめします | 疾病・異常の疑い | 説明 | 事後措置結果 |
|------------|-------------|--|--|
| | むし歯 う歯 C | 見た目、穴があいた状態のむし歯があります。むし歯はいったん穴があいた状態になると自然に治ることなく進行します。 | ア 治療済 イ 経過観察 ウ その他() |
| | C0要相談 | 見た目では穴があいた状態のむし歯にはなっていませんが、歯と歯の間にむし歯がある疑いや歯の根元に白色や褐色への変化が見られます。放置すると深いむし歯に進行する危険が大きいので、早めに受診しましょう。 | ア 治療済 イ 経過観察 ウ その他() |
| | 歯肉炎 G | 歯肉(歯ぐき)が赤く腫れ、出血している状態です。口臭の原因のひとつになっている場合もあります。放置すると進行して全身に悪影響を及ぼす恐れもあります。 | ア 治療済 イ 経過観察 ウ その他() |
| | 歯石沈着 ZS | 歯の周囲に歯石が付着しています。歯石は歯肉炎の原因になります。歯石は歯磨きでは取れませんが受診をおすすめします。 | ア 治療済 イ 経過観察 ウ その他() |
| | 歯列・咬合の不正 | 歯並び・噛み合わせに著しい乱れが認められる状態です。それにより、ものを噛むことや飲み込むこと、発音等に影響している可能性があります。 保護者の方へお願い 歯列・咬合の不正について、すでに相談した経験のある方は〇を付けてください | ア 治療済 イ 経過観察 ウ その他() 相談済 【 】 |
| | 顎関節の異常 | 口を開くとき(閉じるとき)に、顎の関節が開き(閉じ)にくかったり、痛かったり、音がする等の症状が見られます。 | ア 治療済 イ 経過観察 ウ その他() |
| | 要注意乳歯 | 交換期を過ぎた乳歯が残っている状態です。永久歯が生えられない場合や欠損している場合があり、歯並び・噛み合わせなどに悪影響を及ぼす可能性があります。 | ア 治療済 イ 経過観察 ウ その他() |
| | その他 | | ア 治療済 イ 経過観察 ウ その他() |

【歯科医師所見】

令和 年 月 日

医療機関名
歯科医師氏名

〇年 〇組 氏名 〇〇 〇〇 保護者 様

学 校 名
学 校 長 名
学 校 歯 科 医 名

歯・口の健康診断結果と受診のおすすめ

このたびの歯科健康診断の結果は下記のとおりです。

学校での健康診断はスクリーニング(ふるい分け)であり、確定診断ではありません。「受診をおすすめします」の欄に〇印がある人は、歯科医院で精査・治療を受けることをおすすめします。受診した結果については、主治医に「事後措置結果」欄に記入していただき、学校に提出してください。

また、それ以外の人にも、疾病の予防・早期発見のために定期的なかかりつけ歯科医への健診をおすすめいたします。

| | |
|--|-----------------|
| | 特に異常は見られませんでした。 |
|--|-----------------|

| | | |
|------|------------------|---|
| 経過観察 | 要観察歯 C0 | 見た目穴があいた状態のむし歯にはなっていませんが、そのまま放置するとむし歯が進行する可能性の高い歯があります。 |
| | 歯周疾患要観察 G0 | 口の中の清掃が不十分なために、歯肉(歯ぐき)に軽度の腫れや出血が見られます。そのまま放置すると歯肉炎に進行する可能性が高くなります。 |
| | 歯列・咬合 含 矯正治療中 | 今、大きな問題は起こっていませんが症状が進まないように、経過観察が必要です。気になることがありましたら、かかりつけの歯科医等に御相談ください。 |
| | 顎関節 | |
| | 歯垢の付着 | |

| 受診をおすすめします | 疾病・異常の疑い | 説明 | 事後措置結果 |
|------------|-------------|--|--|
| | むし歯 う歯 C | 見た目、穴があいた状態のむし歯があります。むし歯はいったん穴があいた状態になると自然に治ることなく進行します。 | ア 治療済 イ 経過観察 ウ その他() |
| | C0要相談 | 見た目では穴があいた状態のむし歯にはなっていませんが、歯と歯の間にむし歯がある疑いや歯の根元に白色や褐色への変化が見られます。放置すると深いむし歯に進行する危険が大きいので、早めに受診しましょう。 | ア 治療済 イ 経過観察 ウ その他() |
| | 歯肉炎 G | 歯肉(歯ぐき)が赤く腫れ、出血している状態です。口臭の原因のひとつになっている場合もあります。放置すると進行して全身に悪影響を及ぼす恐れもあります。 | ア 治療済 イ 経過観察 ウ その他() |
| | 歯石沈着 ZS | 歯の周囲に歯石が付着しています。歯石は歯肉炎の原因になります。歯石は歯磨きでは取れませんので受診をおすすめします。 | ア 治療済 イ 経過観察 ウ その他() |
| | 歯列・咬合の不正 | 歯並び・噛み合わせに著しい乱れが認められる状態です。それにより、ものを噛むことや飲み込むこと、発音等に影響している可能性があります。 保護者の方へお願い 歯列・咬合の不正について、すでに相談した経験のある方は〇を付けてください | ア 治療済 イ 経過観察 ウ その他() 相談済 【 】 |
| | 顎関節の異常 | 口を開くとき(閉じるとき)に、顎の関節が開き(閉じ)にくかったり、痛かったり、音がする等の症状が見られます。 | ア 治療済 イ 経過観察 ウ その他() |
| | 要注意乳歯 | まだ乳歯が残っている状態です。永久歯が欠損している場合があります。歯並びなどに悪影響を及ぼす可能性があります。 | ア 治療済 イ 経過観察 ウ その他() |
| その他 | | ア 治療済 イ 経過観察 ウ その他() | |

【歯科医師所見】

令和 年 月 日

医療機関名
歯科医師氏名

〔別紙1 小学校段階〕

令和5年度アレルギー疾患に関する状況調査について

| 学校名 | | 記入者名 | | | | | | | | | | | | (10月1日現在) (人) | | | |
|------|--------------|----------|----------------------------|----------|----------------------------|----------|----------------------------|-----------|----------------------------|----------|----------------------------|----------|----------------------------|---------------|--------------|--------------------------------|------------------------|
| 在籍者数 | アレルギー疾患を有する者 | 内 訳 | | | | | | | | | | | | エピペンが処方されている者 | エピペンを持参している者 | 学校給食において、除去食・代替食・弁当持参の対応をしている者 | 校内食物アレルギー対策委員会が設置されている |
| | | 気管支喘息 | | アトピー性皮膚炎 | | アレルギー性鼻炎 | | アレルギー性結膜炎 | | 食物アレルギー | | アナフィラキシー | | | | | |
| | | 把握している人数 | アレルギー疾患用学校生活管理指導表を提出している人数 | 把握している人数 | アレルギー疾患用学校生活管理指導表を提出している人数 | 把握している人数 | アレルギー疾患用学校生活管理指導表を提出している人数 | 把握している人数 | アレルギー疾患用学校生活管理指導表を提出している人数 | 把握している人数 | アレルギー疾患用学校生活管理指導表を提出している人数 | 把握している人数 | アレルギー疾患用学校生活管理指導表を提出している人数 | | | | |
| 1年生 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2年生 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3年生 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4年生 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5年生 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6年生 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 計 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

〔記入上の留意点〕

- 1 今年度の保健調査票や健康診断、学校生活管理指導表などから把握している人数を記入してください。
- 2 複数のアレルギー疾患をもつ児童生徒は、各々を罹患者(有症者)として数えてください。 の人数と内訳の合計は一致しません。
- 3 アレルギー性鼻炎・結膜炎に関しては、花粉症によるものも含まれますが、アレルギー性鼻炎・結膜炎の記載がないものは除きます。
- 4 アナフィラキシーとは、原因が食物や食物依存性運動誘発アナフィラキシー、運動誘発アナフィラキシー、昆虫などでショックをおこしたことがある、または、恐れがあると連絡があった人数を記入してください。
- 5 アナフィラキシーショック時の処方薬(商品名:エピペン)について、処方されている人数を記入してください。
- 6 校内食物アレルギー対策委員会が設置されている学校は、 〇 の「計」に1を記入してください。

「エピペンが処方されている」が、「エピペンを持参していない」者がいる場合、その理由を記入してください。

〔別紙2 中学校段階〕

令和5年度アレルギー疾患に関する状況調査について

| 学校名 | | 記入者名 | | | | | | | | | | | | (10月1日現在) (人) | | | |
|------|--------------|----------|----------------------------|----------|----------------------------|----------|----------------------------|-----------|----------------------------|----------|----------------------------|----------|----------------------------|---------------|--------------|--------------------------------|------------------------|
| 在籍者数 | アレルギー疾患を有する者 | 内 訳 | | | | | | | | | | | | エピベンが処方されている者 | エピベンを持参している者 | 学校給食において、除去食・代替食・弁当持参の対応をしている者 | 校内食物アレルギー対策委員会が設置されている |
| | | 気管支喘息 | | アトピー性皮膚炎 | | アレルギー性鼻炎 | | アレルギー性結膜炎 | | 食物アレルギー | | アナフィラキシー | | | | | |
| | | 把握している人数 | アレルギー疾患用学校生活管理指導表を提出している人数 | 把握している人数 | アレルギー疾患用学校生活管理指導表を提出している人数 | 把握している人数 | アレルギー疾患用学校生活管理指導表を提出している人数 | 把握している人数 | アレルギー疾患用学校生活管理指導表を提出している人数 | 把握している人数 | アレルギー疾患用学校生活管理指導表を提出している人数 | 把握している人数 | アレルギー疾患用学校生活管理指導表を提出している人数 | | | | |
| 1年生 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2年生 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3年生 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 計 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

【記入上の留意点】

- 1 今年度の保健調査票や健康診断、学校生活管理指導表などから把握している人数を記入してください。
- 2 複数のアレルギー疾患をもつ児童生徒は、各々を罹患者(有症者)として数えてください。 の人数と内訳の合計は一致しません。
- 3 アレルギー性鼻炎・結膜炎に関しては、花粉症によるものも含まれますが、アレルギー性鼻炎・結膜炎の記載がないものは除きます。
- 4 アナフィラキシーとは、原因が食物や食物依存性運動誘発アナフィラキシー、運動誘発アナフィラキシー、昆虫などでショックをおこしたことがある、または、恐れがあると連絡があった人数を記入してください。
- 5 アナフィラキシーショック時の処方薬(商品名:エピペン)について、処方されている人数を記入してください。
- 6 校内食物アレルギー対策委員会が設置されている学校は、 の「計」に1を記入してください。

「エピベンが処方されている」が、「エピペンを持参していない」者がある場合、その理由を記入してください。

| 学校名 | | 記入者名 | | | | | | | | | | | | (10月1日現在) (人) | | | |
|------|--------------|----------|----------------------------|----------|----------------------------|----------|----------------------------|-----------|----------------------------|----------|----------------------------|----------|----------------------------|---------------|--------------|--------------------------------|------------------------|
| 在籍者数 | アレルギー疾患を有する者 | 内 訳 | | | | | | | | | | | | エピペンが処方されている者 | エピペンを持参している者 | 学校給食において、除去食・代替食・弁当持参の対応をしている者 | 校内食物アレルギー対策委員会が設置されている |
| | | 気管支喘息 | | アトピー性皮膚炎 | | アレルギー性鼻炎 | | アレルギー性結膜炎 | | 食物アレルギー | | アナフィラキシー | | | | | |
| | | 把握している人数 | アレルギー疾患用学校生活管理指導表を提出している人数 | 把握している人数 | アレルギー疾患用学校生活管理指導表を提出している人数 | 把握している人数 | アレルギー疾患用学校生活管理指導表を提出している人数 | 把握している人数 | アレルギー疾患用学校生活管理指導表を提出している人数 | 把握している人数 | アレルギー疾患用学校生活管理指導表を提出している人数 | 把握している人数 | アレルギー疾患用学校生活管理指導表を提出している人数 | | | | |
| 1年生 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2年生 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3年生 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4年生 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 計 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

〔記入上の留意点〕

- 1 今年度の保健調査票や健康診断、学校生活管理指導表などから把握している人数を記入してください。
- 2 複数のアレルギー疾患をもつ児童生徒は、各々を罹患者(有症者)として数えてください。 の人数と内訳の合計は一致しません。
- 3 アレルギー性鼻炎・結膜炎に関しては、花粉症によるものも含まれますが、アレルギー性鼻炎・結膜炎の記載がないものは除きます。
- 4 アナフィラキシーとは、原因が食物や食物依存性運動誘発アナフィラキシー、運動誘発アナフィラキシー、昆虫などでショックをおこしたことがある、または、恐れがあると連絡があった人数を記入してください。
- 5 アナフィラキシーショック時の処方薬(商品名:エピペン)について、処方されている人数を記入してください。
- 6 校内食物アレルギー対策委員会が設置されている学校は、 〇 の「計」に1を記入してください。

「エピペンが処方されている」が、「エピペンを持参していない」者がいる場合、その理由を記入してください。

令和6年度

学級歯科保健調査票

| 確認欄（レ点を記入） | |
|------------|-------|
| 学校長 | 学校歯科医 |
| | |

| | | | |
|-------|-----------------|----|---------|
| 学校名 | 学校歯科医名 | | |
| 学校長氏名 | 全学級数（特別支援学級を含む） | | |
| | | 学級 | |
| | 学年 | 組 | 学級児童生徒数 |
| TEL | | | 人 |
| | 担任氏名 | | |

| 項 | | 目 | |
|---------------------|--------------------------------------|--------------|---|
| 歯と口の健康診断及び事後措置の状況 | 検査人数（人） | A | 人 |
| | 永久歯にう歯がない児童生徒数（処置歯、未処置歯、喪失歯がない児童生徒数） | B | 人 |
| | 永久歯う歯総数（処置歯 + 未処置歯 + 喪失歯） | C | 本 |
| | 永久歯う歯治療完了歯数 | D | 本 |
| | Gのある児童生徒数 | E | 人 |
| | C Oのある児童生徒数 | F | 人 |
| | G Oのある児童生徒数 | G | 人 |
| | Z S（歯石沈着）のある児童生徒数 | H | 人 |
| | 事後措置状況 | 治療を指示した児童生徒数 | I |
| 8月末日までに治療を完了した児童生徒数 | | J | 人 |

| 調査内容 | 回答 | | 活動上の工夫点等 | |
|--|------|-------|----------|--|
| | はい：1 | いいえ：0 | | |
| 1 学級活動における歯と口の健康づくりが計画的に実施されている。 | | | (1) | |
| | | | (2) | |
| | | | (3) | |
| 2 児童生徒が自主的、自発的に歯と口の健康づくりに取り組めるよう、工夫している。 | | | (1) | |
| | | | (2) | |
| | | | (3) | |
| 3 学級で指導している歯と口の健康づくりについて保護者に連絡し、家庭との連携をはかっている。 | | | (1) | |
| | | | (2) | |
| | | | (3) | |

令和6年度

学校歯科保健調査票

| 確認欄（レ点を記入） | |
|------------|-------|
| 学校長 | 学校歯科医 |
| | |

| | |
|-------|----------------------|
| 学校名 | 学校歯科医名 |
| 学校長氏名 | 学級数（特別支援学級を含む） 学級 |
| TEL | 児童生徒数 人 |

| 項 目 | | 1学年 | 2学年 | 3学年 | 4学年 | 5学年 | 6学年 | 合 計 |
|---------------------------|--|--------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 歯と口の健康診断及び事後措置の状況 | 検 査 人 数 A | | | | | | | 0 人 |
| | 永久歯にう歯がない児童生徒数 （処置歯、未処置歯、喪失歯がない児童生徒数） B | | | | | | | 0 人 |
| | 永 久 歯 う 歯 総 数 （処置歯 + 未処置歯 + 喪失歯） C | | | | | | | 0 本 |
| | 永 久 歯 う 歯 治 療 完 了 歯 数 D | | | | | | | 0 本 |
| | G の ある 児 童 生 徒 数 E | | | | | | | 0 人 |
| | C O の ある 児 童 生 徒 数 F | | | | | | | 0 人 |
| | G O の ある 児 童 生 徒 数 G | | | | | | | 0 人 |
| | Z S（歯石沈着）のある児童生徒数 H | | | | | | | 0 人 |
| | 事後措置 状 況 | 治療を指示した 児童生徒数 I | | | | | | |
| 8月末日までに治療を 完了した児童生徒数 J | | | | | | | | 0 人 |

| 調 査 内 容 | | 回 答 | |
|------------------------|---|------------|--|
| 歯と口の健康づくりに関する保健教育等実施状況 | 1 歯と口の健康づくりに関する事項が年間指導計画等に位置付けられていますか。 （はい：1 いいえ：0 数字で記入） | はい：1 いいえ：0 | 表彰対象となった場合は、確認のため提出して頂くことがあります。 |
| | 2 「歯と口の健康週間」に合わせて行っている「歯と口の健康に関する行事や指導」の内容を具体的に書いてください。（3つまで） | 項目 | (1) _____ (2) _____ (3) _____ |
| | 3 本年度の学校保健委員会は、年間何回実施する予定ですか。開催日と、テーマを記入してください。（4回まで） | 回 | 開催日 テーマ (1) / _____ (2) / _____ (3) / _____ (4) / _____ |
| | 4 食育に関連させた「歯と口の健康づくり」の活動があれば、具体的に書いてください。（3つまで） | 項目 | (1) _____ (2) _____ (3) _____ |
| | 5 歯と口の健康づくりに関して、家庭と連携した指導を行っている場合、その内容を書いてください。（3つまで） | 項目 | (1) _____ (2) _____ (3) _____ |
| | 6 児童生徒保健委員会で取り組んでいる「歯と口の健康づくりに関する事項」を具体的に書いてください。（3つまで） | 項目 | (1) _____ (2) _____ (3) _____ |

〔別紙1 小学校段階〕

令和6年度肥満の予防・改善に向けた生活習慣病予防対策に関する状況調査について

<定期健康診断結果及び受診状況について>

* 医療機関受診者については、11月末までに報告を受けた状況を記入してください、 (人)

| 学校名 (市町村名) | | 記入者名 | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|------------------|------------|-----------------|---------|--------|-------------------|---|-------------------------|-----------------|------------|-----------------------|-------|-----------------------|--------|---------------------------|
| 学 年 | 在籍者数 (5月1日現在) | 内科健康診断受検者数 | 定期健康診断における肥満度区分 | | | A 高度肥満児における受診勧告者数 | 学A 校医 で 受 診 か か り つ け 医 を 受 診 し た 児 童 生 徒 数 | 「受診報告書」 様式2の <判定> | | 高次医療機関受診者数 | 「受診報告書」 様式5の【管理区分】 | | | | |
| | | | 軽度肥満児数 | 中等度肥満児数 | 高度肥満児数 | | | 1 「要指導」該当者数 | 2 「要高次医療機関」該当者数 | | 1 要指導 | 2 要治療 | 3 特別支援学校が併設された医療機関に紹介 | 4 管理不要 | い 診断2 名で「要治療」となった児童生徒数 |
| 1年生 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2年生 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3年生 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4年生 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5年生 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6年生 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 計 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

<指導体制について>

* 肥満の予防・改善に向けた生活習慣病予防対策として取り組んでいる場合には、「実施状況」の欄に「1」を記入し、**効果的であったと考えられる具体的な取組内容とその成果**を簡潔に記入してください。

| | 実施状況 | 効果的であったと考えられる具体的な取組内容とその成果(箇条書きで記入) |
|----------------------------------|------|-------------------------------------|
| 学校全体で肥満の予防・改善に向けて意図的・組織的に取り組んでいる | 1 | |
| 肥満の予防・改善に向けた個別指導に取り組んでいる | 1 | |
| 家庭や関係機関と連携して取り組んでいる | 1 | |

思 春 期 貧 血 調 査 票

西 暦 年 月 日

| | | | | |
|----------------------|---|--|---------------------|---------------|
| 学 校 名 | 年 組 | | | |
| 氏 名・年 齢 | | | 年 月 日 生 (満 才) | |
| 身 体 計 測 | 区 分 | 前年度計測値 | 本年度計測値 | 1 年間の増加量 |
| | 身 長 | cm | cm | cm |
| | 体 重 | kg | kg | kg |
| 食 事 の よ う す | 偏 食 | な い 有 る き ら い な も の [肉 類 豆 類 野 菜 牛 乳 乳 製 品 そ の 他] | | |
| | 朝 食 | 毎 日 食 べ る | 時 々 食 べ な い | 毎 日 食 べ な い |
| | お か ず の 量 | 多 い 方 | 普 通 | 少 な い 方 |
| 最 近 の 身 体 の よ う す | め ま い | な い | 時 々 有 る | い つ も 有 る |
| | た ち くら み | な い | 時 々 有 る | い つ も 有 る |
| | ど う き | な い | 時 々 有 る | い つ も 有 る |
| | い き ぎ れ | な い | 時 々 有 る | い つ も 有 る |
| | つ か れ | な い | つ か れ や す い | い つ も つ か れ る |
| | 集 会 の と き た お れ た こ と | な い | 時 々 た お れ る | い つ も た お れ る |
| ※ 学 校 で の よ う す | 集 中 力 | あ る | 普 通 | そ の 他 () |
| | ね ば り つ よ さ | あ る | 普 通 | そ の 他 () |
| | 行 動 | 敏 し ょ う | 普 通 | そ の 他 () |
| | 病 気 欠 席 | な い | あ る (日 : 主 な 病 気) | |
| ※ 検 査 結 果 | 血 色 素 (Hb) | g / d l | | |
| | ヘ マ ト ク リ ッ ト (Ht) | % | | |
| | (参 考) 基 準 値 | ヘ モ グ ロ ビ ン (Hb) 値 … 1 2 以 上 ~ 1 6 未 満 (g / d l) ヘ マ ト ク リ ッ ト (Ht) 値 … 3 6 以 上 (%) ※ 参 考 基 準 値 内 外 に 関 わ ら ず 症 状 が 有 る 場 合 に は 医 師 へ の 相 談 等 を 推 奨 し ま す。 | | |
| 備 考 | (参 考) 基 準 値 の 出 典 : 「公 益 財 団 法 人 群 馬 県 健 康 づ く り 財 団」 | | | |

- 記入上の注意
- ※印欄は学校で記入してください。
 - 身体計測値は定期健康診断時のものを記入し比較する。
 - 偏食の欄のきらいなものは、該当するもの全部に○印をつける。
 - 備考欄には病気のこと、その他特記事項について記入する。
 - 各欄とも該当するところに○印を () 内にはそれぞれ該当する事項を記入する。