

【事前申し込み内容】

※インターネット申し込みは必要事項を入力し、①「申し込み内容確認する」ボタンを押し、②「申し込み」ボタンを押して完了します。

会場番号	会場名	受付日時
到達番号		

**(問診票) 児童生徒の生活習慣病健診・貧血検査票** 新潟市教育委員会

学番	小・中学校	年 組	電話番号
フリガナ		性別	生年月日
児童生徒名		男・女	平成 年 月 日生
〒 (※新潟市立学校以外の方のみ、ご住所をお書きください)			

■ 血縁者で次の病気をした方はいますか。 ( いる・いない・不明 )  
 該当する箇所に○をつけて下さい。

	狭心症又は心筋梗塞	脳卒中 (脳梗塞・脳出血)	糖尿病	高血圧	高脂血症 (脂質代謝異常)
父			1型・2型・不明		
母			1型・2型・不明		
兄弟姉妹			1型・2型・不明		
父方祖父			1型・2型・不明		
父方祖母			1型・2型・不明		
母方祖父			1型・2型・不明		
母方祖母			1型・2型・不明		

■ 採血の際に、気分が悪くなったことはありますか。 ( いる・いない・不明 )

(これより下は、健診機関が記入します) No. \_\_\_\_\_ 健診日 \_\_\_\_\_

★生活習慣病健診

項目	検査値	区 分	
身長	cm	☆肥満度の区分(肥満・やせの判定)	
体重	kg	肥満・高 度	50%以上
		・ 中 等 度	30.0~49.9%
		・ 軽 度	20.0~29.9%
肥満度	%	やせ・高 度	-19.9~-15.0%かつ脈拍59以下
		・ 高 度	-20.0%以下
腹 囲	cm	☆腹囲の区分	小学生 中学生
		・ 高 度	75cm以上 80cm以上
血 圧	最高 (収縮期)	mmHg	☆血圧の区分
	最低 (拡張期)	mmHg	小学生・中学女子 160以上 中学男子
			・ 高 度
			・ 中 等 度
			・ 軽 度
血 中 脂 質	総コレステロール	mg/dl	☆高コレステロールの区分
	HDLコレステロール	mg/dl	LDL
	LDLコレステロール	mg/dl	HDL
			・ 高 度
			・ 中 等 度
			・ 軽 度
脈 拍	/分	☆低コレステロールの区分	59以下かつ脈拍100以上
			・ 軽 度
家族歴	有 ・ 無		・ 軽 度

A	B	C	D
異常なし	要注 意	要指 導	医 療 機 関 受 診
	軽度1項目のみ	中等度1項目以内 軽度2項目以上	高度1項目以上 中等度2項目以上

☆貧血検査

赤血球	万/mm <sup>3</sup>	貧血の区分	ヘモグロビンの基準値	
			小学生・中学女子	中学男子
ヘモグロビン	g/dl	異常なし	12.0以上	12.5以上
ヘマトクリット	%	医療機関受診	11.9以下	12.4以下

(保護者の方が本枠内を事前に記入し、健診会場へお持ちください。)