

2023年 学校集団検診のてびき

学校集団検診は児童・生徒が元気に楽しく学校生活を送ることを目的に学校保健安全法に基づいて実施する検診です。すべての児童・生徒が確実に受診できますよう『2023年学校集団検診のてびき』をお読み下さい。



一般社団法人 **日本健康倶楽部** 沖縄支部

個人情報（健康情報）の取り扱いについてのご説明

(一社) 日本健康倶楽部 個人情報保護管理者 平井 幸雄
(一社) 日本健康倶楽部 沖縄支部 支部長 瀬底 健

一般社団法人日本健康倶楽部（以下、当法人といいます）では、皆様の個人情報を以下の通りに取り扱います。下記の内容をご確認いただき、同意の上、健診等をお受けいただきますようお願い申し上げます。

1. 皆様の個人情報の利用目的は以下のとおりです。

①適切な健診サービスの提供

- ・健康状況把握のための診察・検査の実施
- ・保健指導及び健康相談
- ・特定健診, 特定保健指導
- ・ストレスチェック
- ・予防接種

②結果のご報告

③料金のご請求

④健診の精度管理

⑤官庁への統計情報等

⑥法律や行政からの求め、監査、医療訴訟等で、個人情報の提出が定められている場合

※健診項目は、保険者、事業主との取り決めで、法定外の項目を追加する場合があります。この場合、法定外項目の結果も保険者、事業主にご報告する取り決めになっている場合があります。

※上記の他、当法人で健診結果を医学教育や研究に利用する場合は、合計値や統計値で報告するまたは完全匿名化する等、個人が識別できない形で利用します。尚、匿名化しても個人が特定される場合は、別途ご本人様に同意を得ることを当法人では規定しております。

2. 当法人では、業務の一部を外部に委託しています。委託先については、当法人が規定する個人情報管理基準を満たす事業者を選定して委託を行い、適切な取り扱いが行われるよう監督します。主な業務委託の内容は次の通りです。検査業務、健診業務、情報システム管理、機器・システムの保守管理、廃棄物処理等。

3. 皆様の個人情報は、あらかじめ皆様の同意をいただくことなく、外部に提供することはありません。ただし、以下の利用目的に該当する場合は、皆様から特にお申し出がない限り、健診サービスを提供するための通常業務として必要な範囲において、個人情報を第三者に提供する場合があります。

- ①皆様の事業主等の担当者・産業医や保健師等との連携を図り、照会があった場合にこれに応じる場合
- ②紹介先の医療機関等と連携を図り、照会があった場合はこれに応じる場合
- ③外部の専門医等に意見・助言を求める場合
- ④法令の規定による場合

4. 個人情報の取扱いについてご同意いただけない場合には、適切なサービスの提供に支障が出る場合があります。

5. 当法人の管理する個人情報については、ご本人による開示請求・訂正・削除・利用停止等を求めることが可能です。ただし、皆様が所属する事業主等との委託契約に基づき実施した健診等に係る個人情報は、当法人で開示できない場合があります。

ご不明な点・ご相談のある方は、事業主等のご担当者か、当法人の下記 窓口までお問い合わせください。

<個人情報保護に関するお問い合わせ窓口> 沖縄支部渉外課長 : 安慶名 時広

台風来襲による事故発生防止のための対応について

台風来襲時の対応についてご案内申し上げます。当社規定では「暴風警報」が発令された場合は、職員の事故発生・危険回避等のため業務停止の措置をとっております。

養護教諭の皆様におかれましては、当機関の台風時措置について下記要領としておりますので、ご理解・ご協力いただきますようよろしくお願いいたします。

記

当社の出勤の判断について

1. 職員は、出勤時間前に「路線バス」の運行状況を確認し、台風の影響で「路線バス」が運休している場合には自宅待機になります。
2. 中部地域（当社地域－以下同様－）の「路線バス」が運休している間は、自宅待機になります。ただし、中部地域の「路線バス」が運行しても、南部・北部の「路線バス」が運休している場合、その地域に居住の職員は自宅待機になります。
3. 8時から14時までに「路線バス」が運行開始となる場合は出勤になります。ただし、勤務開始時間はあらかじめ当支部長が決定し、事前に連絡をします（15時以降の路線バス運行再開時にはその日の業務は停止としております）。

学校側との調整について

1. 台風接近が見込まれる場合、影響を考慮して学校側と上記内規を踏まえたうえで検査可否についての調整を早めに行います。また台風襲来一過、検査日の再調整を行うこととしています。
2. 「路線バス」運休状態である地域の学校における業務遂行は、職員の「事故発生・危険回避等のため業務停止」とさせていただき、別日の日程調整をさせていただきます。

Q & A

●尿検査・ぎょう虫検査について

Q 1 : 尿・ぎょう虫検査用名前シールは、いつ届きますか？

A 1 : 検体回収日の4日前（午後）までにはお届けします（土日祝日は除きます）。

Q 2 : 検体の回収は、何時になりますか？

A 2 : 設定されている回収日の午前中には、うかがいます。しばらくお待ちください。

Q 3 : 尿検体を日本健康倶楽部に届けたいのですが？

A 3 : 当日の12時までには2階検査室（受付）へお届けください。

Q 4 : 検体を提出した生徒の名前を教えてください？

A 4 : 再回収日前にお届けする『未検者・再検者リスト』でご確認ください。

Q 5 : ぎょう虫セロファンは、いつまで使えますか？

A 5 : 常温で直射日光が当たらないように保管してあれば、使用できます。

Q 6 : 本回収日に提出できませんでした。ぎょう虫セロファンは、郵送してもいいですか？

A 6 : 常温であれば保管できますので、再回収日にまとめて提出してください。

Q 7 : プールが始まるので、ぎょう虫検査の結果を知りたいのですが？

A 7 : 結果を出すのに1週間程かかります。それ以前のお問い合わせにはお答えしかねます。

また、指定日外に提出された場合、結果出しに時間がかかりますので対応しかねます。

Q 8 : ぎょう虫セロファン1日分のみで提出していますが、大丈夫ですか？

A 8 : 1日分のみでの検査になります。

●心電図検査について

Q : 心電図調査表を提出していない生徒がいます。どうしたらいいですか？

A : 調査表がない場合、基本、心電図波形のみで判定します。後日、提出する必要はございません。
(他の検査日での提出や郵送なども必要ありません)

●視力・聴力検査について

Q : 転入生の検査カードがありません。事前に連絡が必要ですか？

A : 当日、検査員(現場リーダー)へお申し出ください。予備の検査カードを常備しております。

●日程について

Q : 検査日程や予定開始時間を知りたいのですが？

A : 各市町村の教育委員会より学校へメール配信となります。ご確認、お願いします。

●その他

Q 1 : 名簿に訂正がある場合、どうしたらいいですか？

A 1 : 『名簿変更・修正 依頼表』をダウンロードしていただき、記入後 F A Xにてご連絡ください。

ただし、シール作成後や検査日の兼ね合いにより、すぐに変更・訂正を行う事が出来ない場合もございます。最終報告の際には変更・訂正は完了出来ておりますので、ご理解の程、宜しく願い致します。

Q 2 : 再検査日は決まっていますが、『未検者・再検者リスト』がまだ届きません。

いつになりますか？

A 2 : 『未検者・再検者リスト』『名前シール』ともに4日前(午後)までにはお届けします(土日祝日は除きます)。

Q 3 : 回収日に尿を提出できなかった生徒がいますが、どうしたらいいですか？

A 3 : 未検査または再検査の日に提出していただけるよう、お願いします。

Q 4 : コロナウイルス陽性や濃厚接触で欠席している時の『検体』提出は可能ですか？

A 4 : 基本、感染中や感染疑い等などで欠席しているという児童・生徒の検体提出はお断りしております。

Q 5 : 検体と袋を兄弟で入れ間違えてしまいました。どうしたらいいですか？

A 5 : 両者ともに陰性(-)の結果であったとしても、本人を特定できない為、報告しかねます。申し訳ありませんが、ご兄弟ともに再提出お願いします。
なお、検査済みの場合は、両者分の検査料をご請求いたしますのでご了承ください。

Q 6 : 初検査回収（尿・糞）が終わり未検査・再検査回収の際、どのシールを使用した方がよいですか？

A 6 : 未検査および再検査対象者には、検査用シールを準備しお届けいたします。提出の際には改めてお届け致しましたシールを使用下さい。

Q 7 : 未検者・再検者リストをもらいましたが、初検査後に提出した分の生徒が“未検者”でした。

A 7 : 決められた回収日ごとで一度受付をしめております。その後に提出した場合、リストを出力するタイミングによっては『未検査』で表示されていることもあります。
よって、学校側でも提出者の把握をお願い致します。

Q 8 : もれもれ検査用のシール、未検者リストは届きますか？

A 8 : シール、リストのお届けはありません。未検者の把握をお願いします。

児童生徒の名簿について

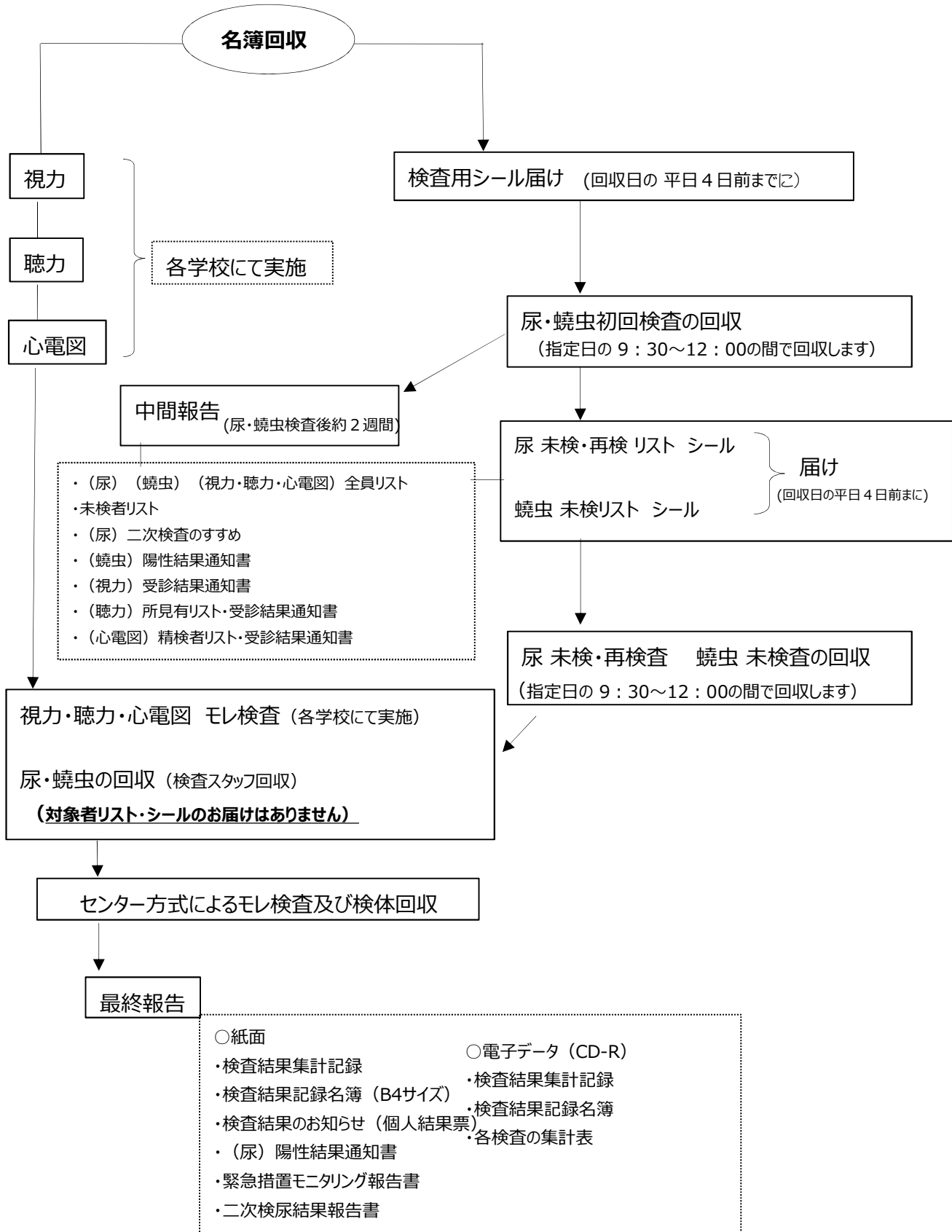
* 諸検査をスムーズに行うために 決められた日に提出して頂きますようお願いいたします。

≪ 名簿作成の注意点 ≫

- ・学年、組、番号、性別 の記入モレが無いよう作成してください。
- ・支援学級の生徒は親学級に含めてください。
(学年によって検査項目が違うので 対象となる検査モレを防ぐ為)
- ・心電図検査を実施する学年は名前(姓-名)にフリガナをふってください。
(読み方の難しい名前が増えており 検査の際 本人確認に支障をきたしている為)
- ・名簿提出後の 変更・訂正は **名簿変更・訂正 依頼書** を使用し F A Xでお送りください。
(番号の変更は システム上 途中ではできません。最終報告の際に修正いたします)
- ・検査用シールは 回収日の4日前(平日)までにはお届けいたします。

以上、ご協力宜しくお願い致します。

検査から報告までの流れ



ご協力をお願い

拝啓 時下ますますのご清栄のこととお喜び申し上げます。園児、児童、生徒の健康診査において、多大なご協力を頂き誠に有難うございます。

4月から始まります諸検査についてのお知らせです。これまでは「尿・ぎょう虫の回収掲示用のポスター」及び「保護者のみなさまへ」などの周知文書を各学校へ配布していましたが、限られた枚数のため破損や紛失すると再度取り寄せることとなり、学校側からいつでも取り寄せられるような手立てはないかという問い合わせがありました。

つきましては、周知文書を各学校において必要枚数分をインストールできるように当機関のホームページにアップロード致しました。今年から配布はせず、各学校にて必要な書類をご準備頂くようお願い致します。

また「心臓病調査票」においてもオリエンテーション等で早めに配布したいとの声がありアップロードしております。こちらも併せてご活用下さい。今後も皆さまから頂いたお声に添えて、より良く健康診査を進めていけるよう尽力していく所存です。引き続きご高配のほどお願い申し上げます。

敬具

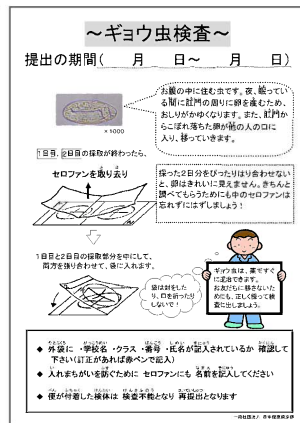
ホームページ：一般社団法人日本健康倶楽部沖縄支部

<http://www.otc.ne>

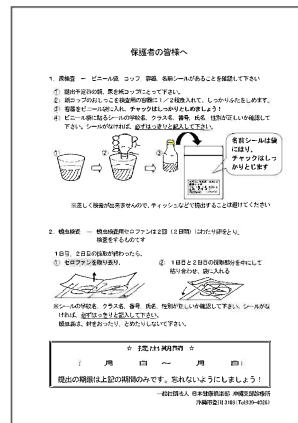
↓以下の帳票がインストールできます。



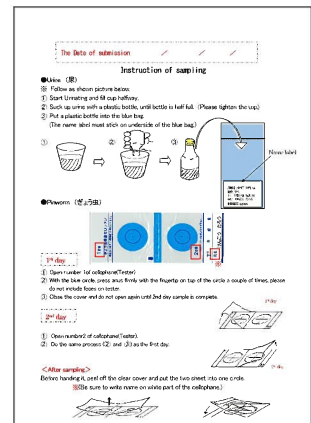
尿検査ポスター



糞虫検査ポスター



保護者向け案内 (日本語)



保護者向け案内 (英語版)

心臓病調査票

氏名: _____ 性別: _____ 年齢: _____

〒 _____ 市町村: _____ 番地: _____

TEL: _____ FAX: _____

職業: _____

家族歴: _____

既往歴: _____

喫煙歴: _____

飲酒歴: _____

運動習慣: _____

その他: _____

心臓健診調査票 (日本語)

Health Issues (Heart Issues)

Name: _____ Sex: _____ Age: _____

Address: _____ City/Town/Village: _____ No.: _____

TEL: _____ FAX: _____

Occupation: _____

Family History: _____

Medical History: _____

Smoking History: _____

Alcohol History: _____

Exercise Habits: _____

Others: _____

心臓健診調査票 (英語)

尿検査

「検査依頼書」を記入して検体と一緒に提出して下さい。

検体回収時のチェックがスムーズに行えるように 尿と蟯虫は検体ごとに透明ビニール袋に入れ、クラスごとにセットしておいてください。

(9 : 30～12 : 00の間で回収します)

尿検査受付は 尿袋に貼られたバーコードシールで行います。

バーコードの読み取り作業がスムーズに行えるよう バーコードシールは尿袋の最下部に貼ってください。

名前が貼られていない・名前が読み取れない・誰の検体なのか判断できないなどの検体は検査を行いません。(蟯虫検査も同様です)

尿検査における 緊急措置モニタリングシステムについては 沖縄県教育委員会 (県教育庁 保健体育課) より発行されている『学校検尿の手引』をご参照ください。

(児童生徒対象)

蟯虫検査

セロファンに便が付着すると検査ができません。

バーコードシールがない場合は 外袋の名前欄に書いてください。

袋の口は 折り曲げたり ホッチキス・セロテープで止めないでください。

蟯虫検体は取り置きのできる検体です (常温で 1 週間程度)。
できるだけまとめて提出して下さい。

※ 『尿・蟯虫検査の回収掲示用ポスター』および『保護者の皆様へ』はHPよりダウンロードし、準備して頂くようお願いします。



名前シールの貼り方

シールを貼るときは下の見本のように
袋の**最下部**に貼ってください。

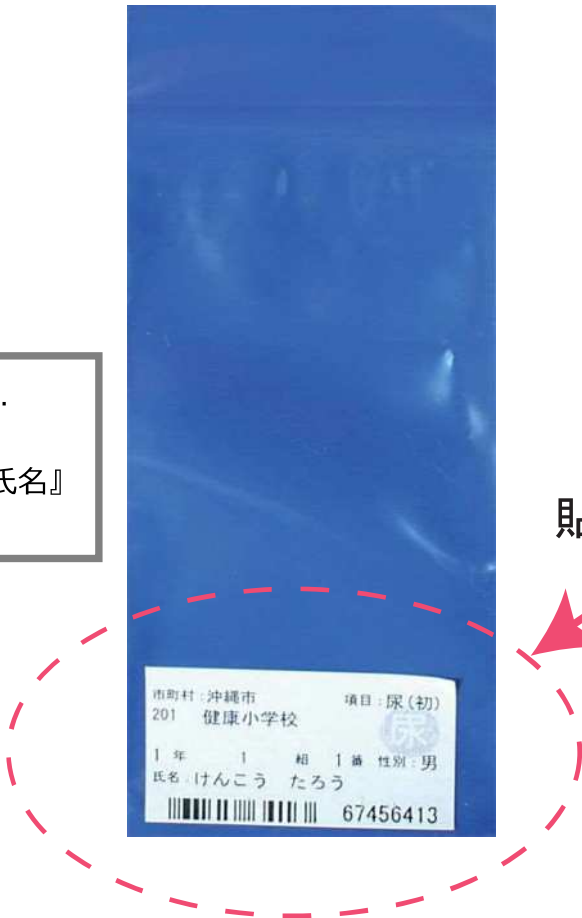
尿検査では、名前シールはご本人確認のための重要な情報となります。尿袋に貼られたシールを袋から切り離し尿検査台帳へ貼りかえる作業を行っています。

それは、正確で迅速な検査が行えるようにすることが目的です。

是非、ご協力いただけますようお願いいたします。

見本

バーコードシールがない場合は…
白紙のシールに
『学校・学年・クラス・番号・氏名』
を記入し、貼ってください。



この部分へ
貼ってください
下端へ!!

※次年度から黄色（半透明）尿袋に代わります。

ぎょう虫

～取り方～

ぎょう虫検査は、セロファンを一枚ずつ顕微鏡で見てください。ぎょう虫卵の有無を調べます。透明なカバーが付いているままでは検査がスムーズに進まず大変困っています。

1日目と2日目の採取が終わりましたら、カバーをはがして(下のはがし方を参考)内側を貼り合わせてから提出するよう子供たちへのご指導をお願いします。

提出までの手順

- ① 1日目と2日目の採取が終わったらこのカバーを取り去ってください



注意：袋の開け口をホッチキスやのり、セロテープでふさがないように指導してください！

- ② 1日目、2日目の採取部分を内側にして貼り合わせる



ぎょう虫専用袋に入れて提出させる

名前を記入する

- ③

(袋の口は折ったり、のり付け、ホッチキス等しないで下さい。)

ウスイ法

ぎょう虫検査セロファン

2回採卵式

この袋と中に入っている検査セロファンに、ボールペンまたはエンピツで記入して下さい。使い方は、ウラ面をごらん下さい。

採取月日	年	日	口	及び	口
学校・園名	市町村：沖縄市		項目：蟻(初)		
	201 健康小学校				
ふりがな	1年	1組	1番	性別：男	
氏名	けんこう たろう		47698420		
年齢	才	性別	男・女		
	年	組	番		
検査成績()					

OSS 販売元 オー・エス・エス株式会社 営業部
東京都新宿区西新宿3丁目2番11号
新宿三井ビル2号館7階
電話(03)5339-3381

名前シールは「ここに！」

お願い：検査依頼書に必要事項を記入して検体と一緒に提出してください

検査依頼書

蟯虫

園名 **健康幼稚園**

見本

下記の通り、検査を依頼いたします

提出日 × × 年 × 月 × 日 (×)

クラス名	蟯虫
●●●ぐみ	●●枚

本数の記入を

確認サイン	集配サイン	合計
健康 花子		○ ○ 枚

↑ 記入をした方のサインをお願いします

※検体数について

検体数は正確な授受確認のため記載いただいております。貴園にて記載いただいた数と弊社にて受付した数に相違が出た場合は、弊社より速やかにご連絡いたします。

備考

蟻虫

検査依頼書

園名 _____

◆ 下記の通り、検査を依頼いたします

提出日	年	月	日 ()
-----	---	---	-------

クラス名	蟻虫

確認サイン	集配サイン	合計
		枚

※検体数について

検体数は検体の受け渡しを確認するために記載していただいております。貴園において記載した数と弊社にて受付した数に相違が出た場合は、弊社より速やかにご連絡いたします。

備考

--

お願い：検査依頼書に必要事項を記入して検体と一緒に提出してください

検査依頼書

見本

健康

小学校

下記の通り 検査を依頼します

提出日 ×× 年 × 月 × 日 (×)

組		1	2	3	4	5	6	7	8	9				
1年	尿	✓	✓	✓	← 検体が1個でも「✓」点チェックをお願いします									
	蟯	✓	✓	✓										
2年	尿	✓	✓	✓										
	蟯	✓	✓	✓										
3年	尿	✓	✓	✓										
	蟯	✓	✓	0	← 提出がない場合は「0」と書いてください									
4年	尿	✓	✓	✓										
	蟯													
5年	尿	✓	✓	✓										
	蟯													
6年	尿	✓	✓	✓										
	蟯													

【おねがい】

- ・提出したクラスに「レ点」チェックをお願いします
- ・提出がない場合は「0」と書いて下さい

確認サイン

集配サイン

健康 花子

○ ○

↑ 記入をした方のサインをお願いします

備考

ここから下は 検査員記入欄

検体数	受付者	検体無	不明検体

検査員	結果記入者	陽性	ダブルチェック

検査依頼書

小学校

下記の通り 検査を依頼します

提出日	年	月	日 ()
-----	---	---	-------

組		1	2	3	4	5	6	7	8	9				
1年	尿													
	糞													
2年	尿													
	糞													
3年	尿													
	糞													
4年	尿													
	糞													
5年	尿													
	糞													
6年	尿													
	糞													

【おねがい】

- ・提出したクラスに「レ点」チェックをお願いします
- ・提出がない場合は「0」と書いて下さい

確認サイン	集配サイン

備考

備考

ここから下は 検査員記入欄

検体数	受付者	検体無	不明検体

検査員	結果記入者	陽性	ダブルチェック

お願い:検査依頼書に必要事項を記入して検体と一緒に提出してください

検査依頼書

健康

中・高

見本

提出日 年 月 日()

●下記の通り 検査を依頼します

組	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1年	✓	✓	✓							
2年	✓	✓	✓							
3年	✓	0	✓							

【記入方法】

- ・提出したクラスに「レ点」チェックをお願いします
- ・提出がない場合は「0」と書いて下さい

確認サイン

集配サイン

健康 花子

↑記入をした方のサインをお願いします

備考

総検体数

受付	検体なし	検査不能	不明検体

検査員	結果記入	陽性	ダブルチェック

検査依頼書

中・高

提出日 年 月 日()

●下記の通り 検査を依頼します

組	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1年										
2年										
3年										

【記入方法】

- ・提出したクラスに「レ点」チェックをお願いします
- ・提出がない場合は「0」と書いて下さい

確認サイン

集配サイン

備考

総検体数

受付	検体なし	検査不能	不明検体

検査員	結果記入	陽性	ダブルチェック

矯正視力の「裸眼視力」の検査を省略のお知らせ

拝啓 初冬の候、時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。平素は格別のご厚誼にあずかり、厚く御礼申し上げます。

平素より学校保健事業において格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、眼鏡を常用している児童・生徒については、「裸眼視力」の検査を実施していましたが、次年度から学校保健安全法及び健康診断マニュアルにありますように「眼鏡やコンタクトレンズを常用している者については「裸眼視力」を省略することができる」に準じて「裸眼視力」の検査を省略させて頂きたくお知らせ申し上げます。

尚、県の学校保健統計調査の指定校（事前に指定校であることを連絡して頂くことを前提として）の場合は従来どおり眼鏡やコンタクトレンズ（但し、外してから登校させてください。）の「裸眼視力」は従来通り検査させて頂きます。

学校健診に支障のないように万全な体制で取り組んで参りますので、今後ともご指導、ご鞭撻を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

敬具

視力検査

1. 視力『検査カード』について (検査当日にお持ちします)

- ・ 『検査カード』を配布後に、学校名・学年・組・番号・性別・氏名に間違いがないか本人で確認し、修正がある場合は“修正”枠に記入してください。
- ・ 転入生など『検査カード』がない場合は、検査スタッフへ声掛けをお願いします。
予備カードをお渡しします。学校名・学年・組・番号・性別・氏名にもれがないように記入をお願いします。
- ・ 転出者の『検査カード』は、検査当日にその旨を伝え、検査員にご提出ください (“転出”枠にチェックしてください)。

転出枠
修正枠

このようは「ぜったいに」おりまげたり、よごしたりしないでください。

検査カード(OCR専用)

事業所CD X X X X X X 学校名 XXX XXXXXXXXXXXXXXX

学校CD X X X X X X 学年 X 組 X X 番号 X X X 性別 X XX 検査日 X X 月 X X 日

才児 転出 氏名 (XX)

注1) 学年・組・出席番号・氏名の修正は下記へ記入

修正	年	組	番号	男・女(○囲み)	氏名
----	---	---	----	----------	----

視力検査 (検査員No:)

裸眼	検査なし	回視	BV	検査種類 X X			
				D	C	B	A
(右)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0.3未満	<input type="checkbox"/> 0.3~0.6	<input type="checkbox"/> 0.7~0.9	<input type="checkbox"/> 1.0以上
(左)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0.3未満	<input type="checkbox"/> 0.3~0.6	<input type="checkbox"/> 0.7~0.9	<input type="checkbox"/> 1.0以上
矯正	両眼			検査種類 X X			
	CL	CL	BV	D	C	B	A
(右)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0.3未満	<input type="checkbox"/> 0.3~0.6	<input type="checkbox"/> 0.7~0.9	<input type="checkbox"/> 1.0以上
(左)		CL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0.3未満	<input type="checkbox"/> 0.3~0.6	<input type="checkbox"/> 0.7~0.9	<input type="checkbox"/> 1.0以上

注) 「BV」のチェック欄は両眼視力の測定値を用いた場合にのみ記入してください。(矯正視力の場合も同様)

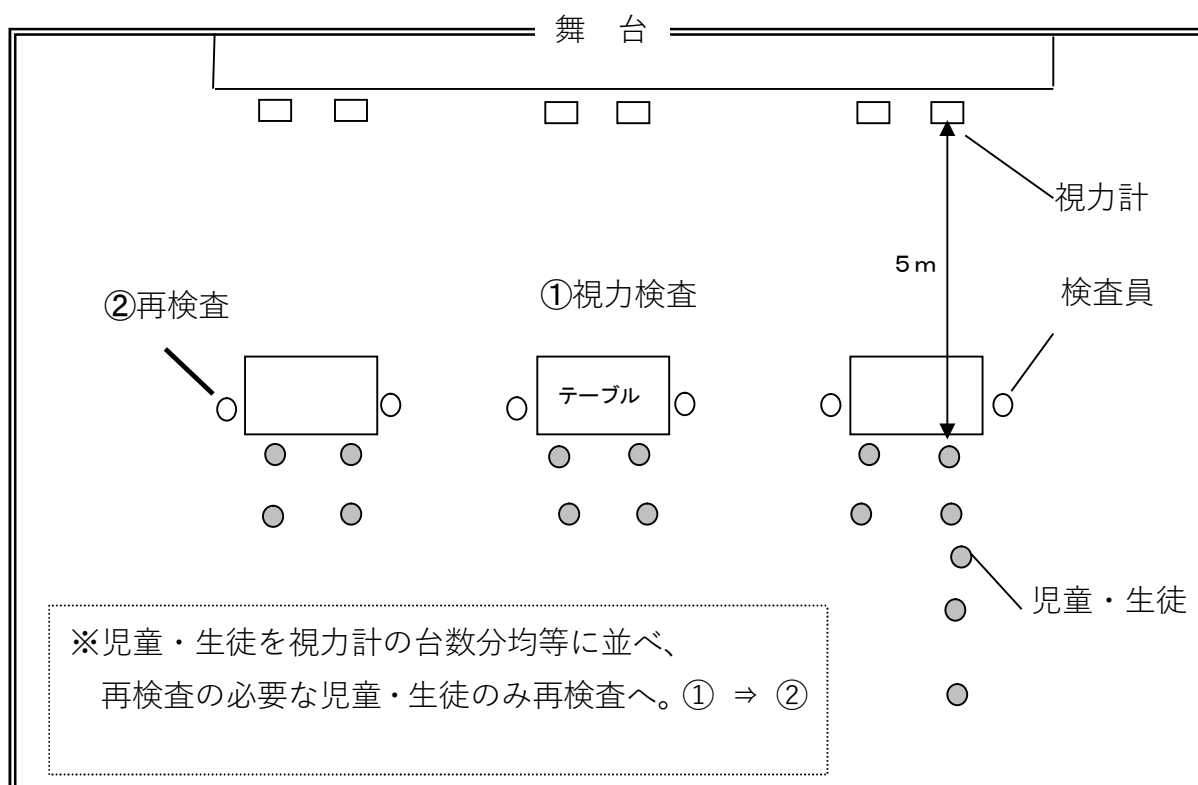
一般社団法人 日本健康倶楽部沖縄支部診療所

2. 検査現場での児童・生徒の誘導についてのお願い

- ・ 視力『検査カード』を検査直前に本人に渡してください。
- ・ 検査時の児童・生徒の整列の仕方について
誘導いただいたクラス順に各検査員に均等に振り分けて並べてください。
- ・ 検査の終了時間について
在籍数や学年により1クラスに要する時間は一定ではありませんが、全クラスの終了時間は開始から3時間後を目安としています。
- ・ 検査中に他の児童・生徒が大声を上げてはしゃいでいたりすると、検査員の声が聞こえにくくなり、注意散漫となって検査に支障をきたす場合もあります。
正確かつ迅速な検査を行うためにも、前後の人と距離をあけ、静かに順番を待つよう検査現場での指導を宜しくお願いします。

※ コンタクトレンズを常用している児童・生徒は、検査時に検査員に必ず知らせるようご指導ください。

【 視力検査レイアウト参考図 】



※ 2023年度(R5年度)より、メガネおよびコンタクトレンズを常用している生徒の“裸眼視力”検査は省略します。

ただし、『学校保健統計調査』指定校では、“裸眼視力”検査も実施します。メガネやコンタクトレンズを常用している生徒には忘れずに持参するよう促してください。

統計調査指定校である場合は、必ず検査前日までに当機関へご連絡をお願いします。

聴力検査

1. 聴力『検査カード』について (検査当日にお持ちします)

- 『検査カード』を配布後、学校名・学年・組・番号・性別・氏名に間違いがないか本人で確認し、修正がある場合は、“修正”枠に記入してください。
- 転入生など『検査カード』がない場合は、検査スタッフへ声掛けをお願いします。
予備カードをお渡します。学校名・学年・組・番号・性別・氏名にもれがないように記入をお願いします。
- 転出者の『検査カード』は、検査当日にその旨を伝え、検査員にご提出ください。
 (“転出”枠にチェックしてください)。

検査カード 聴

事業所CD X X X X X X 学校名 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

学校CD X X X X X X 年 X 組 X X 番号 X X X 性別 X XX 検査日 X X 月 X X 日

発行日 XXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX

転出枠

このようしは「ぜったいに」おりまげたり、よごしたりしないでください。

修正枠

注1) 学年・組・出席番号・氏名の修正は下記へ記入

修正	年	組	番号	男・女 (○囲み)	氏名
----	---	---	----	-----------	----

(検査員No:)

受診状況

<input type="checkbox"/> 受診	<input type="checkbox"/> 再検査	<input type="checkbox"/> 検査困難	<input type="checkbox"/> 検査なし <small>(補聴器使用含む)</small>
-----------------------------	------------------------------	-------------------------------	---

再検査 (検査員No:)

(右)		(左)	
1000Hz 30db () db <input type="checkbox"/> 所見あり	4000Hz 25db () db <input type="checkbox"/> 所見あり	1000Hz 30db () db <input type="checkbox"/> 所見あり	4000Hz 25db () db <input type="checkbox"/> 所見あり

検査種類 X X

※注意事項

① マーク位置を汚さないでください

② 間違えたマークはキレイに消してください

申し送り

通院歴	有・無
補聴器	右・左

一般社団法人 日本健康倶楽部 沖縄支部診療所

2. 検査現場での児童・生徒の誘導についてのお願い

- ・ 聴力『検査カード』を検査直前に本人に渡してください。
- ・ 検査時の児童・生徒の整列は、誘導していただいたクラス順に各検査員に均等に振り分けて並べてください。
- ・ 検査をより正確にスムーズに行うためにも、静かに自分の順番を待つようご指導をお願いいたします。

3. 検査方法について

- ・ オージオメータ（聴力計）による気導聴力検査を行います。
- ・ 低学年には、検査の受け方を分かりやすく説明いたします。
- ・ 出来るだけクラス間の空き時間がないよう、誘導のご協力をお願いいたします。

4. 検査場所について

- ・ 視聴覚室やスタジオなどの遮音効果の高い部屋を用意いただけるとより良い検査ができます。上記のような部屋の確保が困難な場合、極力静かな部屋の確保をお願いいたします。

5. 事前準備について

- ◎ 前日は耳掃除を行うようご指導ください。
- ◎ 子供たちの健康状態（補聴器使用や通院の有無など）に関する情報は、当日、検査員にお知らせください。
※補聴器使用時の、スクリーニング検査は出来かねます。
- ◎ 髪の毛の長い生徒は、ヘッドホンをかけるのに支障がないよう、事前に髪の毛を後ろに結んでくださるとスムーズに検査できます。

※ 近年、しらみ感染が増えています。事前に分かる場合は検査員にお知らせください。

心臓検診

※心臓検診の詳細に関しましては、沖縄県教育委員会より平成18年度に配布された『県立学校児童・生徒心臓検診実施要項』もご参照ください。

1. 心臓病調査表

2022年(令和4年度)より『心臓病調査票』は改訂されています。

※『心臓病調査票』は当機関HPにてダウンロード可能となっております。

心臓病調査表は、心電図とともに心疾患の抽出手段として重要な役割を担っていると同時に、心疾患に対する関心を高める効果を併せ持っています。児童・生徒や保護者、および担任教師の方々へのご協力・呼びかけをよろしくお願いいたします。

注1) 『心臓病調査表』は、心電図判定の参考にさせていただくものです。検査当日に、クラス別にまとめて必ずご提出ください。

※調査表が提出されていない場合は心電図波形のみでの判定になります。

(後日、提出していただく必要はありません。)

注2) お預かりした調査表は、検査結果と一緒にお返しいたします。

2. 心電図検査方法

2023年(令和5年)度より、視力・聴力検査同様に『検査カード』での検査実施となります。

次頁を参照ください。

- ・ 検査カードは当日検査員が持参し、養護教員または担当教員へお渡しします。児童・生徒の整列後、本人へ配布をお願いします。また、未検者の検査カードは持ち帰りますので、調査票と一緒に検査員へお渡しください。
- ・ 検査待機の際は室内が“密”とならないよう、対応しております。そのため、事前の検査説明を先生へご協力いただく場合もあります、宜しくお願いします。
- ・ 男女ともに体育着を着用させてください。(ジャージは検査待機時に脱げるように)
(注) 体にフィットするアンダーシャツは検査に支障をきたしますので、避けてください。
また、女子はブラジャー(スポーツブラ含む)を着用しないようご協力をお願いいたします。
- ・ 手・足首まわりに検査機器を装着しますので、支障となるものは事前に脱着しておくよう促してください。
Ex) 時計、長めの靴下 など

※検査案内時のご協力のお願い(中学生の場合)

同じ部屋で男子・女子の検査を実施する学校もあります。この場合、クラス入れ替え時に、下記のような流れにさせていただくとスムーズに検査を行うことができます。

《例》

<1組> 男子⇒女子 → <2組> 女子⇒男子 → <3組> 男子⇒女子 …

心電図検査 『検査カード』について

- 検査当日、検査員が養護教諭へお渡しします。
- カード受取り後、検査前に生徒へ配布をお願いします。(紛失・取り替え防止の為)。
- 欠席の場合、お渡ししたファイルに入れて下さい。(終了時にスタッフが回収します)
- 転入生など『検査カード』がない場合は、検査スタッフへ声掛けください、予備カードをお渡しします。

.....
 学校名・学年・組・性別・氏名の記入もれがないようお願いします。

- 転出者の『検査カード』は、検査当日にその旨を伝え、検査員にご提出ください
 (転出枠にチェックしてください)

* **太枠の部分**以外の記入はしないで下さい！

修正枠

転出枠

このようしは「ぜったいに」おりましたり、よごしたりしないでください。

XXXXXXXXXX

発行日 XXXXXXXXXX

事業所CD	X X X X X X X	学校名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	検査日	
学校CD	X X X X X X X	X 年	X X 組	X X X 番	X X X 日
		氏名 (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX)			

注1) 学年・組・出席番号・氏名の修正は下記へ記入

修正	年	組	番	男・女 (○囲み)	氏名
----	---	---	---	-----------	----

転入
 転出
 フリースクール

受診状況	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 検査困難	※注意事項 ① マーク位置を汚さないでください ② 間違えたマークはキレイに消してください
------	---	--

調査票	(全ていいえ ・ 未提出 ・ はいあり (コピー))
備考	

一般社団法人 日本健康倶楽部沖縄支部診療所

心臓検診調査票

保護者の方がご記入をお願いします

一社) 日本健康倶楽部 沖縄支部

保護者の皆様へ
心臓検診は、子供たちが楽しく意義ある学校生活を送るために、学校の健康診断の中でも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必要です。又、この調査票の内容を心臓検診以外に使用することはありません。
学校長

学校名	学年	組	番号	氏名	性別		生年月日
					男	女	
							平成 年 月 日生

※ 記入上の注意：あてはまる□に✓を入れ、空欄には年齢・病名・病院名などを書き入れてください。

質問1 今までに心臓に異常があったことがありますか？

いいえ はい

- ・ → (1) 心臓に異常があったと言われたのはいつですか？ _____ 歳 _____ ヶ月頃
- (2) どこで言われましたか？ 医療機関名： _____
- (3) 病名は何と言われましたか？（先天性心疾患、不整脈、その他の心臓病）
病名： _____
- (4) その後どうしていますか？
- 精密検査の結果、心臓に異常はないと言われた。
_____ 歳 _____ ヶ月頃 _____ どこで (医療機関名)
- 心臓の手術を受けた。
_____ 歳 _____ ヶ月頃 _____ どこで (医療機関名)
- 定期的に医療機関を受診している。
_____ どこで (医療機関名)
- 定期的に医療機関を受診するよう言われているが、受診していない。
- その他（具体的に _____)

質問2 川崎病にかかったことがありますか？

いいえ はい

- ・ → (1) 川崎病と診断されたのはいつですか。
_____ 歳 _____ ヶ月頃 _____ どこで (医療機関名)
- (2) 心臓に後遺症を残していると言われていましたか？
- はい いいえ わからない
- (3) 現在、川崎病で定期的に医療機関を受診していますか。
- はい _____ どこで (医療機関名)
- いいえ

質問3 ここ1年以内に、以下の症状はありましたか？

いいえ はい

- ・ 何もしないのに、急に心臓が早く(いつもの倍以上)打つことがある。
- ・ 脈が飛ぶ(とぎれる)ことがある。
- ・ 突然倒れ、気を失ったことがある。(貧血、立ちくらみ、けいれんを除く)
- ・ 胸が締め付けられるように苦しくなることがある。

質問4 両親、兄弟、祖父母に、以下が該当する人がいますか？

いいえ はい

- ・ 40歳以下で心臓病または原因不明で急死した人がいる。
- ・ 肥大型心筋症、拡張型心筋症、拘束型心筋症の人、又は亡くなった人がいる。

学校記入欄 ***** (これから下は保護者は記入しないで下さい) *****

学校医所見 (1.なし 2.あり) <input type="checkbox"/> 異常心音、心雑音、脈の不整 <input type="checkbox"/> 胸郭変形(膨隆・扁平・漏斗胸) <input type="checkbox"/> その他(_____)	養護教諭、担任、体育教諭などからの情報、意見
--	------------------------

結核検査

胸部 X 線撮影（デジタル撮影）

対象：高等学校（1 年生）及び特別支援学校（高等部 1 年生）

1. 検査の順序

- | | |
|------------|---------------|
| ① 検査名簿 | 検査当日に持参 |
| ② 胸部 X 線撮影 | クラス別、学籍番号順に撮影 |
| ③ 結果報告 | 結果報告書、有所見者リスト |

2. 実施方法

- ・ 服装は無地の体育着か T シャツを着用させ、着衣のまま撮影できる状態にしてください。
- ・ 検診車に入る前に、ブラジャー、ネックレス等を外しておいてください。女子は体育着や T シャツの上からジャージを着させてください。検診車に入ってからジャージを脱いでいただきます。
- ・ 撮影は検査名簿を参考にクラス別、学籍番号別で実施します。本人であることを確認しながら撮影します。
- ・ 人数の多い学校では撮影の前に事前に準備した『確認カード』に氏名を記入してもらいます。そのカードを持って検診車に入ってください、本人であることを確認しながら撮影します。

« 確認カード »

●●●● 高校	
フィルムNo	<input type="text"/>
	年 組 番
氏名	<input type="text"/>

3. 着衣等の注意

- ・ 医師の読影の支障となりますので、下記の衣服は着用できません。
 - ◆絵や文字入り及び柄模様の衣服（体育着は除く）
 - ◆ボタン、ビーズ、ファスナー等の金属やプラスチック製の飾りのついたもの。
- ・ 体育着の刺繍等の変更により撮影に影響が懸念される場合は、事前にサンプルを提出していただきます。その体育着で撮影に問題がないことを事前に確認します。

【資料】

陽性結果通知書票及び受診結果通知書の見本

《ご注意》

各帳票類は、ご参考（見本）のために添付しております。
コピーのご利用はお控えください。
ご協力をよろしくお願いいたします。

診察医 殿

陽性結果通知書

見本

今回の尿検査の結果、陽性が認められましたので、お忙しい中お手数とは存じますが診察後下記の項目にご記入していただき保護者の方にお渡し下さいますよう、ご協力の程お願い致します。

学校名	健康小学校	市町村名：沖縄市
氏名	けんこう まい	2年 1組 1番 (女)

【診断結果】

I 診断名 (下記診断名に○印をご記入ください。1～5までの暫定診断については学校検尿の手引きを御参照下さい)

- | | |
|-------------|---------------------|
| 1 異常なし | 11 家族性良性血尿 |
| 2 無症候性血尿 | 12 遺伝性腎炎 |
| 3 体位性蛋白尿 | 13 尿路感染症 |
| 4 無症候性蛋白尿 | 14 腎不全 |
| 5 無症候性血尿蛋白尿 | 15 インスリン依存型糖尿病(1型) |
| 6 急性腎炎症候群 | 16 インスリン非依存型糖尿病(2型) |
| 7 慢性腎炎症候群 | 17 糖尿病境界型 |
| 8 ネフローゼ症候群 | 18 腎性糖尿 |
| 9 紫斑病性腎炎 | 19 その他() |
| 10 ループス腎炎 | |

II 既往歴

- a 今回初めて診断された b 以前(才時)に診断された

III 医療上の処置

- 1 管理不要
2 経過観察
3 要精査
4 要治療 (a 通院治療 b 入院)
5 他医療機関へ紹介

受診日 年 月 日

医療機関名

担当医氏名

【一次・二次検査結果】

検査機関名：(一社)日本健康倶楽部 沖縄支部

検査日： 05/03/08 05/03/20

尿検査		一次	二次	備考
検査項目	蛋白	(-)	(-)	
	潜血	(+)	(+)	
	糖	(-)	(-)	

診察医 殿

追跡調査票

見本

この追跡調査票は、学校から沖縄県学校検診委員会に送られ、全県下の三次検診（医療機関）の受診状況等を把握し、学校現場へフィードバックのため用いられます。お手数ですが、診察後下記の項目に記入していただき、本人・もしくは保護者を通して学校に提出して下さいますようお願い致します。

（沖縄県学校検診委員会）

※「学校生活管理指導表」のご記入をお願いします。

学校名	健康小学校	市町村名：沖縄市
氏名	けんこう だいじ	2年 1組 1番（男）

【診断結果】

I 診断名（下記診断名に○印をご記入ください。1～5までの暫定診断については学校検尿の手引きを御参照下さい）

- | | |
|-------------|---------------------|
| 1 異常なし | 11 家族性良性血尿 |
| 2 無症候性血尿 | 12 遺伝性腎炎 |
| 3 体位性蛋白尿 | 13 尿路感染症 |
| 4 無症候性蛋白尿 | 14 腎不全 |
| 5 無症候性血尿蛋白尿 | 15 インスリン依存型糖尿病(1型) |
| 6 急性腎炎症候群 | 16 インスリン非依存型糖尿病(2型) |
| 7 慢性腎炎症候群 | 17 糖尿病境界型 |
| 8 ネフローゼ症候群 | 18 腎性糖尿 |
| 9 紫斑病性腎炎 | 19 その他() |
| 10 ループス腎炎 | |

II 既往歴

- a 今回初めて診断された b 以前(才時)に診断された

III 医療上の処置

- 1 管理不要
2 経過観察
3 要精査
4 要治療（ a 通院治療 b 入院 ）
5 他医療機関へ紹介

受診日 年 月 日

医療機関名

担当医氏名

【一次・二次検査結果】

検査機関名：(一社)日本健康倶楽部 沖縄支部

検査日： 05/03/08

尿検査	一次	二次	備考
検査項目	蛋白	(-)	緊急(1次)
	潜血	(-)	
	糖	(+)	

見本

【受診結果通知書】

検査項目名	心臓病検診		
学校名	健康小学校		
学年/組/番号	1年 1組 1番	年齢	6歳
氏名	けんこう たろう	性別	男
判定	要精検	所見	心室性機外収縮

(一社) 日本健康倶楽部沖縄支部診療所
医師 宮里 明子

作成日: 2021年01月29日

-----キリトリ線-----

担当医 殿

学校名: 健康小学校 校長
(公印省略)

【受診のお勧め(紹介状)】

検査の結果、精密検査を要すると思われますので、ご精査の程よろしくお願ひ申し上げます。
尚、ご多忙のところ大変お手数ですが、ご精査の結果を生徒を通じ学校長宛てと同封の「返事用紙」
により(一社)日本健康倶楽部宛(8月末日必着)までお知らせいただければ幸いに存じます。

【学校用控】

検査項目名	心臓病検診		
学校名	健康小学校		
学年/組/番号	1年 1組 1番	年齢	6歳
氏名	けんこう たろう	性別	男
＜＜判定＞＞ 1. 異常なし 2. 要生活注意 3. 要経過観察 4. 要治療			
【診断名】	左記の通り判定する。 年 月 日		
【所見】	医療機関名		
	医師名		

-----キリトリ線-----

【受診結果通知書】

【日本健康倶楽部返書用】

検査項目名	心臓病検診		
学校名	健康小学校		
学年/組/番号	1年 1組 1番	年齢	6歳
氏名	けんこう たろう	性別	男
＜＜判定＞＞ 1. 異常なし 2. 要生活注意 3. 要経過観察 4. 要治療			
【診断名】	左記の通り判定する。 年 月 日		
【所見】	医療機関名		
	医師名		

☆至急を要する問合せ及び、名簿変更・修正について☆

お問合せ日 年 月 日

送信先:

一般社団法人日本健康倶楽部 沖縄支部

FAX: 098-939-9388

★発信元★

学校名:

TEL:

担当者名:

●至急を要する問合せ

尿検査

蟻虫検査

視力・聴力・心電図・胸部X線検査

具体的な理由

●名簿変更・修正内容

追加・削除・訂正 年 組 番(男・女)	氏名	追加・削除・訂正 年 組 番(男・女)	氏名
追加・削除・訂正 年 組 番(男・女)	氏名	追加・削除・訂正 年 組 番(男・女)	氏名
追加・削除・訂正 年 組 番(男・女)	氏名	追加・削除・訂正 年 組 番(男・女)	氏名
追加・削除・訂正 年 組 番(男・女)	氏名	追加・削除・訂正 年 組 番(男・女)	氏名
追加・削除・訂正 年 組 番(男・女)	氏名	追加・削除・訂正 年 組 番(男・女)	氏名

※変更人数が多い場合は別紙で添付して下さい。

FAX送信後に必ずご連絡下さい。

☎ 098-939-4026