

# 2026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『2026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 常務理事

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1週間前にはお届けします（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・ぎょう虫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2階健診事業部（受付）へお届けください。

ただし、平日のみの受付になります。

**Q 4 : 検体を提出した生徒の名前を教えてくださいのですが？**

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。

**Q 9 : 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 9 : 『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 1 0 : 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 1 0 : 設定されている再回収日に提出していただけるよう、お願いします。

**Q 1 1 : 感染症で欠席している時の『検体』提出は可能ですか？**

A 1 1 : 基本、感染中や感染疑い等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 1 2 : 兄弟で検体容器と提出用袋を入れ間違えてしまいました。どうしたらいいですか？**

A 1 2 : 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をお願いします。

なお、検査済みの場合は、提出袋に貼付されているシールの氏名で報告・検査料をご請求いたしますのでご了承ください。 ※検査前にご連絡いただければ、検査・報告は致しません。

**Q 1 3 : 初検査回収（尿・蟻）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 1 3 : 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 1 4 : 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 1 4 : 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。

## ●心電図検査について

Q : 心電図調査票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 : 調査票の提出がない場合、心電図波形のみで判定します。

(他の検査日での提出や郵送などは受け付けておりません)

## ●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。

## ●名簿訂正について

Q : 名簿に訂正がある場合、どうしたらいいですか？

A : 『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。

## ●その他

Q : 検査当日のスタッフ数が予定スタッフ数と違います。

A : 予定のスタッフ数を前提としておりますが、急な欠員(体調不良など)が生じる事もございます。

終了予定時間通りに終わられるようスタッフ調整し伺います。

ご迷惑をおかけいたします、ご配慮いただくと幸いです。

**検査用キット(尿容器類、ぎょう虫セロファン等)の配布については、検査用『名前シール』と一緒にお届けいたします。**

## 児童生徒の名簿について

### 【名簿作成のお願いと注意点】

- ◎ 学校名、学年、組、番号、性別の記入モレが無いように作成して下さい。
  - ・支援学級の児童、生徒は「親学級」に含めて下さい。  
(学年によっては検査項目が違う場合がある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(小学1年、中学1年)は名前(姓-名)にフリガナをお願いします。  
(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・修正についてはホームページの資料ダウンロード(小・中・高等学校専用)より「問い合わせ及び名簿変更・修正」を利用し、ファックスで送付下さい。  
※番号の変更はシステム途中ではできません。最終報告の際に修正します。
- ◎ 検査用尿・ぎょう虫シールは回収日の1週間前までに検査容器(尿容器、ぎょう虫ゼロファン等)と共にお届けします。

### 【名簿の提出方法】

- ※ 各校へ名簿の回収には伺いませんので下記の方法にて送付をお願いします。
- ◆ 学校専用メールアドレス([gakkoukenshin@kenko-kagaku.co.jp](mailto:gakkoukenshin@kenko-kagaku.co.jp))を利用して送付をお願いします。  
次ページの「名簿作成・送信の手順」を参考にして送付して下さい。送付の際には漏洩を防ぐために必ず統一パスワード([kenko3169](#))をかけて下さい。
- ◆ CD-Rに入力をして送付をお願いします。  
CD-Rにエクセル形式で学校名、学年、組、番号、性別を入力して郵送(例えば：レターパックプラス(赤色)など)で送付して下さい。  
※どうしても入力作業が間に合わない場合は「紙ベース名簿」でも可能です!  
送付先：[〒904-2142](tel:904-2142) 沖縄市登川 3169 番地  
一般社団法人 日本健康倶楽部沖縄支部
- ◆ FAX([☎ 098-939-9388](tel:098-939-9388))を利用して送付をお願いします。

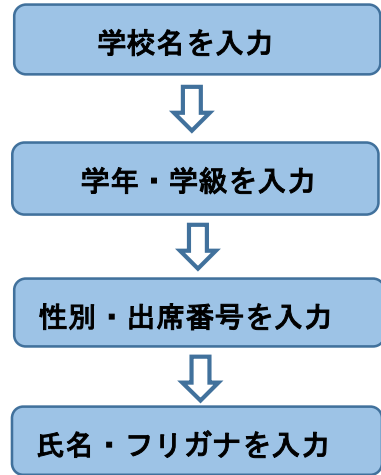
お願い：諸検査をスムーズに行うために、下記の決められた日に提出して頂きますようお願いいたします。

**名簿提出締切日：2026年4月3日(金)**

※但し、一部の市町村によっては締め切り日が異なります。

# 名簿作成の手順

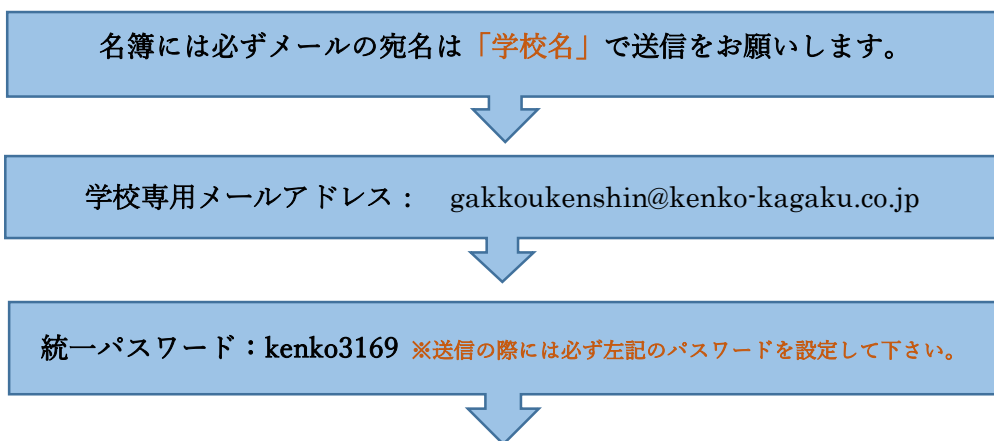
| 名簿作成のご協力願い |           |       |         |          |                          |
|------------|-----------|-------|---------|----------|--------------------------|
| 学校名        | 健康小学校     |       |         |          |                          |
| 学年         | 学級        | 性別    | 出席番号    | 氏名       | フリガナ                     |
| 2桁以内(数値)   | 全角10文字 以内 | (男・女) | (数値 3桁) | 全角・半角    | 半角文字                     |
| 1          | 1         | 男     | 1       | 健康 海     | ケンコウ カイ                  |
|            |           | 男     | 2       | 倶楽部 けんこう | クラブ                      |
|            |           | 女     | 3       | 沖縄 でいご   | オキナワ                     |
|            |           | 女     | 4       | おきなわ みらい |                          |
|            |           |       |         |          | ※中学校1年生のみ<br>フリガナをお願いします |



- ◎上記は基本的なレイアウトになりますが **Excel形式** の名簿データでしたらレイアウトに問題なく、学年、学級は先頭行のみ入力でも問題ありませんが性別、出席番号、氏名入力後全学年が入力されているか提出前にご確認ください。
- ◎システム上 学年、学級、氏名等に「**、カンマ**」は使用しないようお願いします。
- ◎外字など変換できない文字については「**新字体**又は**かな**表記とさせていただきます場合がありますのでご了承ください。
- ◎提出後の名簿変更についてはホームページより「**学校手引きの名簿変更・修正依頼書**」をご利用下さい。

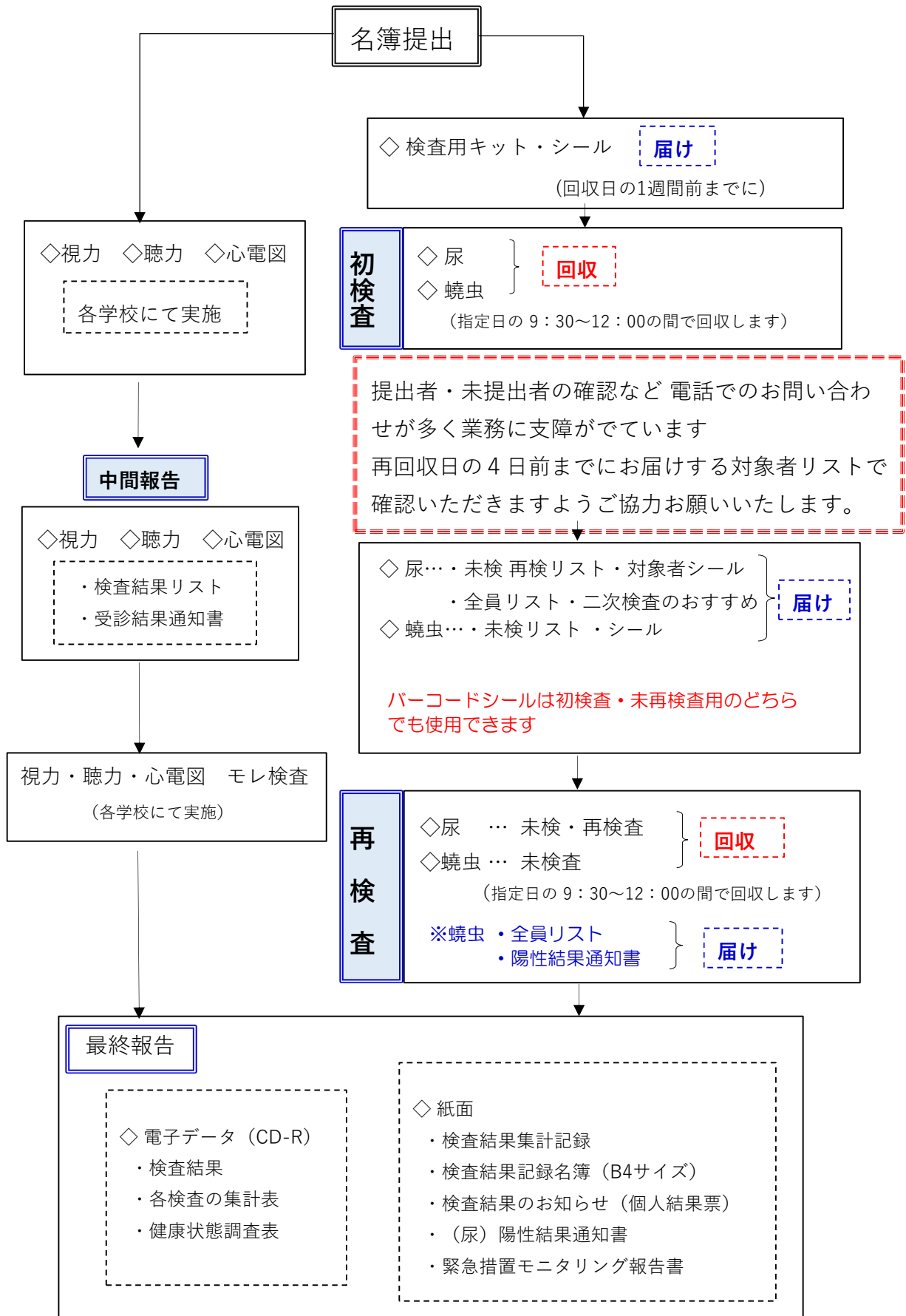
名簿提出期限に関するご協力をお願い  
このたび、4月および5月検査に向けた名簿提出期限についてご連絡申し上げます。  
「4月中に検査を予定している学校につきましては、名簿の提出期限を4月3日といたします。  
また、5月中に検査を予定している学校につきましては、名簿の提出期限を4月10日といたします。」  
上記のとおり検査日程ごとに提出期限が異なり、またタイトなスケジュールではございますが、検査前に容器の発送・準備を確実にを行うためにも、期限内のご提出にご協力いただけますと大変助かります。  
ご多忙のところ恐れ入りますが、何卒ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。  
お問い合わせ：一般社団法人 日本健康倶楽部沖縄支部 ☎939-4026

# 名簿送信の手順



**名簿送信締切日：2026年4月3日(金)**

## 【 検査から報告までの流れ 】



## ご協力のお願い

4月から始まります、諸検査についてはこれまで下記の各帳票類を各学校へ検査容器等と配布しておりましたが、限られた枚数を配布する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。

それと、「心臓検診調査票」においても入学式のオリエンテーションに配布する書類と同封したいので早めにほしいとの声も毎年あります。

そこで、下記の各帳票類をいつでも自由に各学校においてダウンロード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。今後は「**心臓検診調査票**」も併せて、必要枚数分を各校でご準備をして頂くようご協力をお願い致します。

今後も皆さまから頂いたお声に応じて、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。

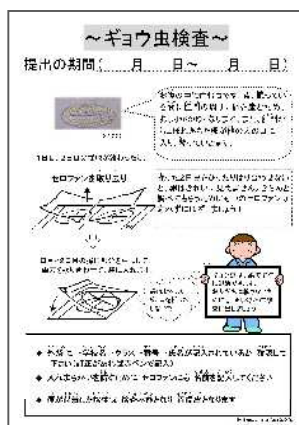
ホームページ：一般社団法人 日本健康倶楽部沖縄支部

<http://www.okinawa-kenkou.jp>

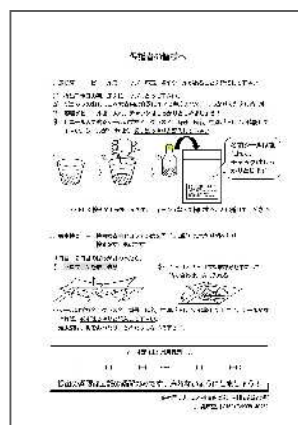
↓以下の帳票がホームページからダウンロードできます。



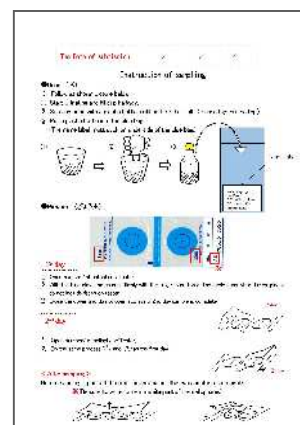
尿検査ポスター（PDF）



蚊虫検査ポスター（PDF）



保護者向け案内（PDF）



保護者向け案内（英語版）

心臓検診調査票のワード版のスクリーンショット。個人情報や検査結果を記入するための欄が整然と配置されています。

心臓検診調査票（ワード）

心臓検診調査票の英語版のスクリーンショット。英語で記入するための欄が整然と配置されています。

心臓検診調査票（英語版）

心臓検診調査票の提出状況を管理するための名簿のスクリーンショット。氏名、学年、提出の有無などの欄が並んでいます。

心臓検診調査票未提出名簿

## 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

連続した2日間、朝起きてすぐに採取します。

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。

尿

## 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

※2025年から袋の色を下記のように変更しています。  
尿の袋に蟻虫をいれる件が多数あり、対策として袋のサイズを小さくしています。



幼稚園

(透明)




小学校

(黄色)



中・高等学校

(濃茶色)

「」この部分に貼ってください。(袋の下端へ)

バーコードシールがない場合は白色のシールに

「**学校名・学年・クラス・番号・氏名**」

を記入し、貼ってください。

お願い:必要事項(赤文字の部分)を記入して検体と一緒に提出してください。

見本

尿

検査依頼書

×年 ×月 ×日(×)



保育園  
こども園  
幼稚園

検体数

確認サイン(園)

健康 花子

× × 個

集配サイン

↑記入した方のサインをお願いします。

※ 提出した検体で【・検査不能・検体なし・名前なし】等 検査ができない場合のみ確認の連絡をします。  
検体数(提出者)につきましては 各園にて把握していただきますようご協力お願いいたします。

連絡事項

※ここから下は 検査員記入欄

| 総検体数 | 受付者 | 検体なし | 検査不能 | 不明検体 | 検査員 | 結果記入者 | 陽性 | ダブル<br>チェック |
|------|-----|------|------|------|-----|-------|----|-------------|
|      |     |      |      |      |     |       |    |             |

尿

検査依頼書

年 月 日( )

保育園  
こども園  
幼稚園

検体数

確認サイン(園)

集配サイン

※ 提出した検体で【・検査不能・検体なし・名前なし】等 検査ができない場合のみ確認の連絡をします。  
検体数(提出者)につきましては 各園にて把握していただきますようご協力お願いいたします。

連絡事項

※ここから下は 検査員記入欄

| 総検体数 | 受付者 | 検体なし | 検査不能 | 不明検体 | 検査員 | 結果記入者 | 陽性 | ダブル<br>チェック |
|------|-----|------|------|------|-----|-------|----|-------------|
|      |     |      |      |      |     |       |    |             |

お願い：必要事項（赤字の部分）を記入して検体と一緒に提出してください。

見本

尿

# 検査依頼書

×年 ×月 ×日（×）

健康

小学校

◇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 | ←提出がない場合は「0」と書いてください。 |   |   |   |   |   |    |  |  |
| 4年 | ✓ | ✓ | ✓ |                       |   |   |   |   |   |    |  |  |
| 5年 | ✓ | ✓ | ✓ |                       |   |   |   |   |   |    |  |  |
| 6年 | ✓ | ✓ | ✓ |                       |   |   |   |   |   |    |  |  |

◇依頼書の記入方法

- ・提出したクラスには「✓点」を記入
- ・提出がないクラスには「0」を記入

確認サイン

健康花子

集配サイン

↑記入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

| 総検体数 | 受付者 | 検体なし | 検査不能 | 不明検体 | 検査員 | 結果記入者 | 陽性 | ダブル<br>チェック |
|------|-----|------|------|------|-----|-------|----|-------------|
|      |     |      |      |      |     |       |    |             |

お願い：必要事項（赤字の部分）を記入して検体と一緒に提出してください。

見 本

## 検査依頼書

健 康 中・高

× 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 | ✓ | ✓ | ✓ | 0 | ←提出がない場合は「0」と書いてください。 |   |   |   |   |    |
| 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 |
|-------|-------|
| 健康 花子 |       |

↑記入した方のサインをお願いします。

備考

検査員記入欄

| 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

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

検査員記入欄

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

# 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

- 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

この袋の中に入っている検査セロファンに、ホ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        | 月  | 日        | 口    | 番号 | 口 |
| 学校・園名    | 市町村：沖縄市  |    | 項目：蟻(初)  |      |    |   |
| 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 ( ) |          |    |          |      |    |   |

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1丁目112番11号  
新宿三井ビル2号館7階  
電話：03-5330-3381

名前シールはここに！

※ セロファンと袋貼付の名前シールの氏名が一致しているか必ず確認してください！

蟻 虫

検査依頼書

年 月 日 ( )

保育園  
こども園  
幼稚園

記入した方のサインを  
お願いします ↓

確認サイン  
健康花

検体数  
● ●

※必要事項(赤文字部分)を記入し、  
検体と一緒に提出してください。

集配サイン

提出した検体で【検査不能・検体なし・名前なし】等 検査ができない場合のみ確認の連絡をします  
検体数(提出者)につきましては 各園にて把握していただきますようご協力お願いいたします

連絡事項

※ここから下は 検査員記入欄

| 受付者 | 検体なし | 検査不能 | 不明検体 | ガラス挟み<br>No |
|-----|------|------|------|-------------|
|     |      |      |      |             |

蟻 虫

検査依頼書

年 月 日 ( )

保育園  
こども園  
幼稚園

確認サイン

検体数

集配サイン

提出した検体で【検査不能・検体なし・名前なし】等 検査ができない場合のみ確認の連絡をします  
検体数(提出者)につきましては 各園にて把握していただきますようご協力お願いいたします

連絡事項

※ここから下は 検査員記入欄

| 受付者 | 検体なし | 検査不能 | 不明検体 | ガラス挟み<br>No |
|-----|------|------|------|-------------|
|     |      |      |      |             |

蟻虫

検査依頼書

●年 ●月 ●日(●●)

●●● 小学校

※必要事項(赤文字部分)を記入し、  
検体と一緒に提出してください。

◇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 | ← 提出がない場合は「0」と書いてください。 |   |   |   |   |   |   |    |  |  |
| 4年 | ✓ | ✓ |                        |   |   |   |   |   |   |    |  |  |
| 5年 | ✓ | ✓ |                        |   |   |   |   |   |   |    |  |  |
| 6年 | ✓ | ✓ |                        |   |   |   |   |   |   |    |  |  |

◇ 依頼書の記入方法

- ・ 提出したクラスには「✓点」を記入
- ・ 提出がないクラスには「0」を記入

|       |
|-------|
| 確認サイン |
| 健康 花子 |

|       |
|-------|
| 集配サイン |
|       |

※ここから下は検査員記入欄 ----- ↑ 記入した方のサインをお願いします。

| 1日目<br>受付者 | 1日目<br>検体数 | 2日目<br>受付者 | 2日目<br>検体数 | ガラス挟み<br>No | 検体なし | 検査不能 | 連絡事項 |
|------------|------------|------------|------------|-------------|------|------|------|
|            |            |            |            |             |      |      |      |

蟻虫

検査依頼書

年 月 日( )

小学校

◇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 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |
| 4年 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |
| 5年 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |
| 6年 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |

◇ 依頼書の記入方法

- ・ 提出したクラスには「✓点」を記入
- ・ 提出がないクラスには「0」を記入

|       |
|-------|
| 確認サイン |
|       |

|       |
|-------|
| 集配サイン |
|       |

※ここから下は検査員記入欄 -----

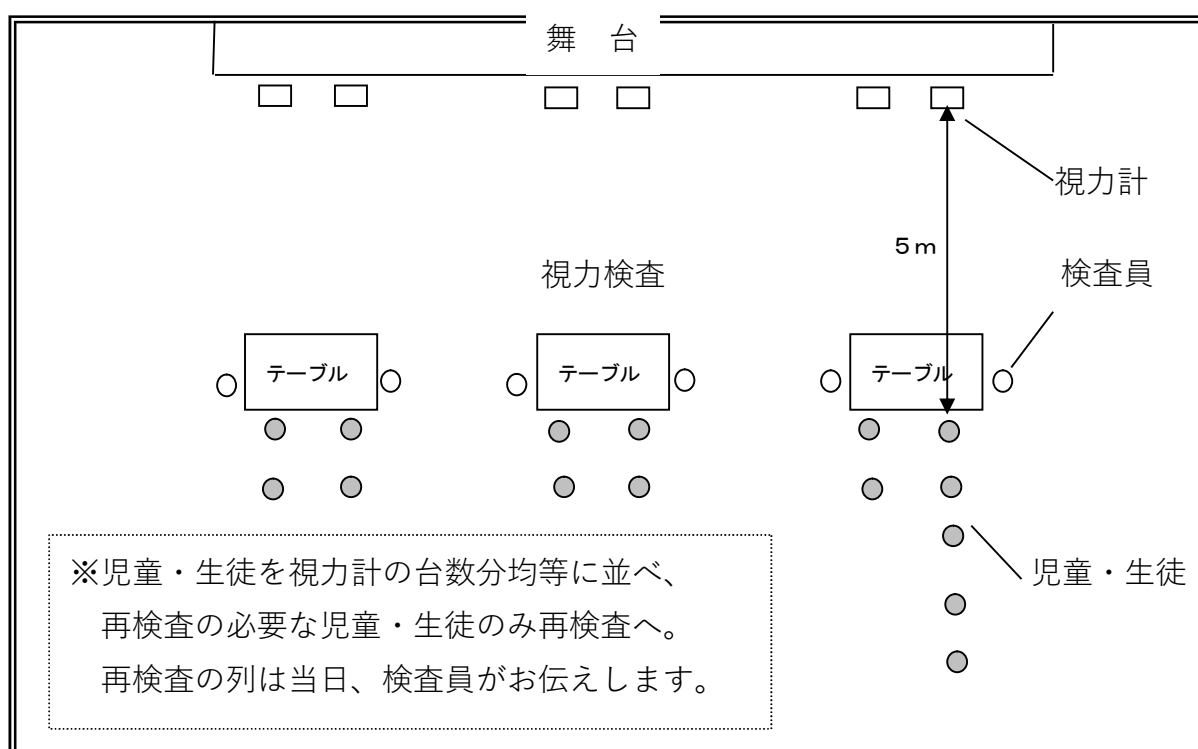
| 1日目<br>受付者 | 1日目<br>検体数 | 2日目<br>受付者 | 2日目<br>検体数 | ガラス挟み<br>No | 検体なし | 検査不能 | 連絡事項 |
|------------|------------|------------|------------|-------------|------|------|------|
|            |            |            |            |             |      |      |      |



## 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騒いでいたりすると、検査員の声が聞こえにくく、注意散漫となり検査に支障をきたす恐れもあります。  
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。
- ・ 事前に検査方法を説明していただくと、より円滑に検査を行うことができます。(次ページ参照)
- ・ 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”検査は省略しています。

※『学校保健統計調査』指定校について。

メガネを常用している生徒は“裸眼視力”も検査します。

コンタクトレンズを常用している生徒は“矯正視力のみ”の検査となります。

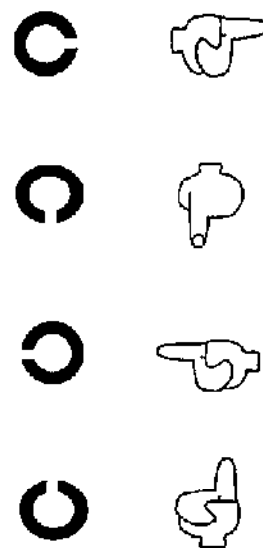
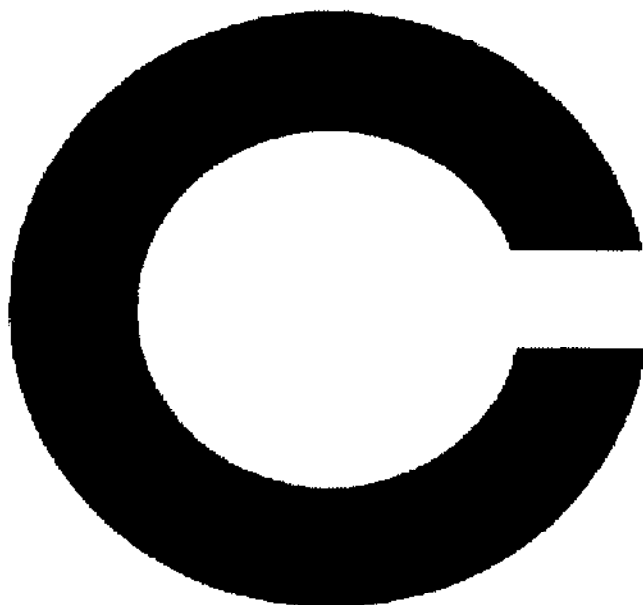
(検査会場におけるコンタクトレンズの付け外しは 紛失の恐れ および 衛生上の観点 よりご遠慮ください)

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。

黒い円の切れ目の方向を指でさして答えてもらう方法で視力検査をします。

上下左右を指で示すことができれば十分です。

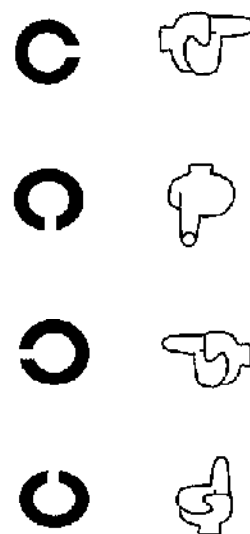
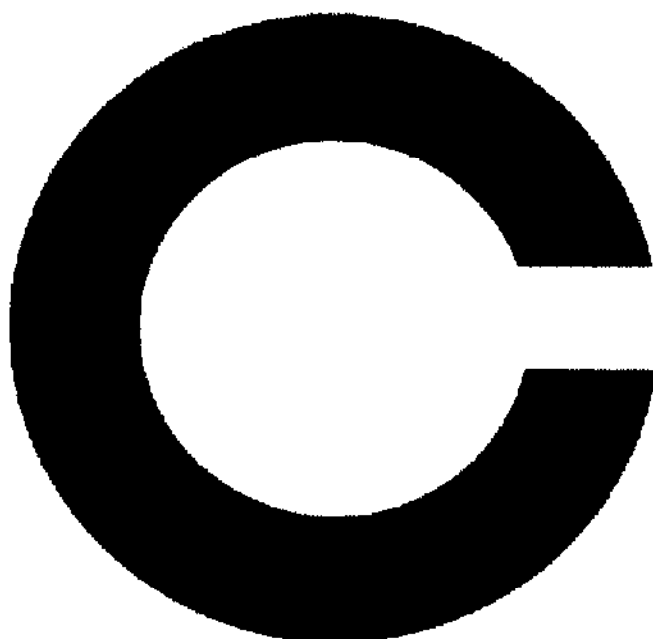
～指のさし方～



黒い円の切れ目の方向を指でさして答えてもらう方法で視力検査をします。

上下左右を指で示すことができれば十分です。

～指のさし方～



# 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)。

**聴力検査カード**

事業所CD X X X X X X 学校名 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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

転出

氏名 (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX)

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。

発行日 XXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXX

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 |

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<br><small>(補聴器使用含む)</small> |
|------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------|

再検査 (検査員No: )

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

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。
- ・ 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。
- ・
- ・ 低学年生には、事前に検査方法を説明していただくと、より円滑に検査を行うことができます。  
(次ページ参照)

## 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

- ◎ 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。  
※補聴器使用時は、検査は不要です。
- ◎ 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。

ちょうりょくけんさ

# 聴力検査のやりかた

おと き

て

音が聞こえたほうの手をあげます。

ピーピーピー



みぎみみ き

右耳から聞こえたら

みぎて

右手をあげます。

ピーピーピー



ひだりみみ き

左耳から聞こえたら

ひだりて

左手をあげます。

# 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配布されている『県立学校児童・生徒心臓検診実施要項』(平成 18 年度)もご参照ください。

## 1. 心臓病調査表【調査票の提出・未提出の扱い】

- ・心臓検診調査表は、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) 判定の参考資料となります。検査当日、必ずご提出ください。

未提出の場合は心電図波形のみでの判定となります。

(※検査日以降の提出は受付ておりません。)

注 2) クラス・番号順に並べご提出をお願いいたします。

注 3) 誤って兄弟児の名前を記入される場合がありますのでご確認をお願いいたします。

注 4) 波形と調査票の照合のため、氏名のフリガナは必ずご記入ください。

※『心臓検診調査票』は当機関 HP にてダウンロードし、使用ください。

## 2. 心電図検査方法【当日の配布・人数確認・服装】

- ・検査カードは当日持参し、養護教員または担当教員へお渡しします。  
整列後に配布をお願いいたします。
- ・未検査のカードも持ち帰りとなりますので、**欠席者の確認・記録をお願いいたします。**  
(※検査を円滑に行うため、検査員と受診・未受診人数の照らし合わせにご協力ください。)
- ・スムーズに検査を行うために事前の検査説明のご協力をお願いいたします。
- ・半袖、半ズボン、くるぶし丈の靴下でお願いいたします。(体育着可)
- ・可能であれば女子生徒はブラトップ付きのキャミソール等での受診にご協力ください。

※男女入れ替えで検査を実施する学校の場合、

男女が混合しないよう退室後に案内する流れになります、以下の方法で案内をお願いいたします。

例 1 組 男子→女子 2 組 女子→男子 3 組 男子→女子

## 『心電図検査カード』について

- ◎ 『検査カード』がない場合、スタッフへお声かけ下さい。  
予備のカードをお渡しします、必要事項(学校名・学年・クラス・性別・氏名)をご記入ください。
- ◎ 転出者の『検査カード』は、“転出枠”にチェック(☑)をしてください。  
検査終了後、未検査者の『検査カード』をお預かりする際に一緒に回収いたします。
- ◎ ごく稀に、クラス・番号・性別・氏名 が事前提出いただいた内容と異なる場合がございます。  
検査カードを配布する際はご確認いただき、修正が必要な場合、修正枠へご記入ください。

転出枠
修正枠

太枠の部分以外の記入はしないで下さい！

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。

**心電図検査カード**

事業所CD X X X X X X X 学校名 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

学校CD X X X X X X X X 年 X X 組 X X X 番 X X X

氏名 (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX)

発行日 XXXXXXXXXXXX

検査日 X X 月 X X 日

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 | 受診 | 検査困難 |
|------|----|------|

|     |                       |
|-----|-----------------------|
| 調査票 | (全ていいえ・未提出・はいあり(コピー)) |
| 備考  |                       |

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

一般社団法人 日本健康倶楽部神崎支部診療所

# 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(フリガナ) | 性別 |   | 生年月日<br>年 月 日生 |
|     |    |   |    |          | 男  | 女 |                |

※ 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るとされたことがありますか？

いいえ はい

- ・  → (1) 心臓に異常があるとさ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 )

- 異常心音、心雑音、脈の不整
- 胸郭変形(膨隆・扁平・漏斗胸)
- その他( \_\_\_\_\_ )

養護教諭、担任、体育教諭などからの情報、意見

# Health inquiries (Heart Disease)

一社)日本健康倶楽部 沖縄支部

**To guardian**  
 Please tell us about your child's health condition, especially heart disease. In Japanese school, we strongly focus on heart health to promote whole health and spend comfortable school life. So we need parent's information and cooperation.  
 \* We will use your child's information only for medical check-up.

|             |       |       |         |      |     |   |               |     |      |
|-------------|-------|-------|---------|------|-----|---|---------------|-----|------|
| School name | Grade | Class | ID(No.) | Name | Sex |   | Date of Birth |     |      |
|             |       |       |         |      | M   | F | month         | day | year |

※ Check from the number below and answer the question.

## Q1 Have your child suffered from heart disease before ?

No  • If Yes  →

(1) How old ? \_\_\_\_\_ years old \_\_\_\_\_ months

(2) Name of Hospital \_\_\_\_\_

(3) What diagnosis ? (Congenital heart disease, an irregular pulse, other ) \_\_\_\_\_

(4) What kind of treatment ?

Normal at the detailed inspection  
 \_\_\_\_\_ years old \_\_\_\_\_ months Name of Hospital \_\_\_\_\_

Surgical operation  
 \_\_\_\_\_ years old \_\_\_\_\_ months Name of Hospital \_\_\_\_\_

Treat periodically  
 \_\_\_\_\_ Name of Hospital \_\_\_\_\_

No treatment

Other (in detail \_\_\_\_\_ )

## Q2 Have your child suffered from Kawasaki disease before ?

No  • If Yes  →

(1) How old ? \_\_\_\_\_ years old \_\_\_\_\_ months Name of Hospital \_\_\_\_\_

(2) Were there any difficulties with the heart ?

Yes  No  No Idea

(3) Dose your child receive medical treatment periodically ?

Yes Name of Hospital \_\_\_\_\_

No

## Q3 Have your child ever experienced symptom below (within 1 year) ?

No  • Yes

Irregular pulse

Heart beats fast abruptly

Faintness

Disorder in chest

## Q4 Does your child have relatives (Parents, Brother, Sister, Grandparents) below the question ?

No  • Yes

We have relatives who died suddenly or died of unknown cause under the age of 40.

We have relatives who have Hypertrophic cardiomyopathy, Dilated cardiomyopathy, Restrictive cardiomyopathy, or died.

**学校記入欄** \* \* \* \* \* (Please do not fill in guardian under the future) \* \* \* \* \*

|                                                                                                                                                      |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 学校医所見 ( 1.なし 2.あり )<br><input type="checkbox"/> 異常心音、心雑音、脈の不整<br><input type="checkbox"/> 胸郭変形( 膨隆・扁平・漏斗胸 )<br><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 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|

# 心電図検査について

心電図検査は、心臓の電氣的な活動を記録する検査で、痛みもなく安全に行われるものです

## 【 からだへの影響について 】

### 1. からだへの影響

心電図は心臓が発生する微弱な電気信号を記録しますが、からだに電流を流すことはありません。そのため、からだへの悪影響はありません。

### 2. 放射線の心配

X線検査と違い、放射線を使わないので被ばくの心配もありません。

### 3. 痛みや不快感

電極(シール状のものや吸盤型のもの)を皮膚に貼りますが、通常は痛みを感じることはありません。ただし、電極をはがすときに軽い違和感を覚えることがあるかもしれません。また、吸盤の跡が残る場合がありますが、時間が経てば自然に消えていきます。

### 4. アレルギーの可能性

肌の弱い人はまれに電極のジェルや粘着部分で肌がかぶれることがありますが、実際にアトピー性皮膚炎の人でも影響なく検査ができています。

## 【 まとめ 】

心電図はからだへの負担がほぼゼロの安全な検査です。

心臓の健康状態を調べるためにとっても重要ですので、安心して受けてください。

一般社団法人日本健康倶楽部沖縄支部

診療所長 宮里明子

# 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 シャツを着用し、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(ワイヤーが入っている)やネックレス等を外しておいてください。
- ・ 女子は更衣室から移動の際、体育着や T シャツの上からジャージを着てください。検診車に入ってからジャージを脱ぎます。
- ・ 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』に氏名を記入してください。そのカードを持って検診車に入り、検査員に渡します。本人であることを確認し、撮影します。

« 確認カード »

|        |       |
|--------|-------|
| [ ] 高校 |       |
| フィルムNo | [ ]   |
|        | 年 組 番 |
| 氏名     | [ ]   |

### 3. 着衣等の注意

- ・ 医師の読影の支障となります、下記の衣服は着用できません。
  - ◆ 絵や文字入り および 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

## 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ご協力お願い致します。

(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 | 心室性期外収縮 |

(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い申し上げます。  
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です。

【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 >><br>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。<br>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 >><br>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。<br>年 月 日 |    |     |
| 【所見】                                                        | 医療機関名               |    |     |
|                                                             | 医師名                 |    |     |

# 見本

保護者の皆様へ

本状は大切なお知らせですので早目に開封し、必ず内容をご確認ください。



## 検査結果のご案内

沖縄市  
5001  
1234

健康 小学校

お名前： けんこう たろう 様



1 学年 1 組 1 番

※ 氏名が印字できない場合は、新字体（又はカタカナ）での表示になります

蟻虫検査



沖縄県沖縄市登川3169番 地

Tel: 098 (939) 4026 Fax: 098 (939) 9388

診療所長： 里 明 子



# 見本



## 受診結果通知書

沖縄市 5001 1234

健康 小学校

お名前： けんこう たろう 様



1 学年

1 組

1 番

※ 氏名が印字できない場合は、新字体(又はカタカナ)での表示になります

## 視力検査

保護者の皆様へ：

本状は大切なお知らせですので早目に開封し、必ず内容  
をご確認ください



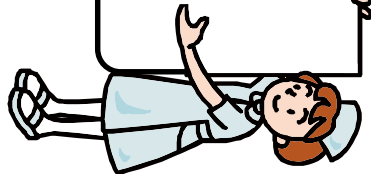
沖縄県沖縄市登川3169番地

Tel : 098 (939) 4026 Fax : 098 (939) 9388

診療所長： 宮里 明子

保護者様

本状は、学校検診にて行われた視力検査の結果に所見のあった  
児童・生徒へ発行されています。内容を確認し、かかりつけの  
眼科などで検査を受けることをお勧めします。  
その際、裏面の記入欄に受診後の結果をご記入して頂いた上で  
在籍する学校へ提出くださいますようお願い致します。



医療機関等 ご記入欄

医療機関名

判定日

医師名

年 月 日

【 受 診 結 果 通 知 書 】

|         |            |     |     |     |     |
|---------|------------|-----|-----|-----|-----|
| 検査項目名   | 視力検査       |     |     |     |     |
| 学 校 名   | 健 康 小 学 校  |     |     |     |     |
| 学年・組・番号 | 1 学年       | 1 組 | 1 番 | 年 齢 | 7 才 |
| お 名 前   | けんこう たろう 様 |     |     | 性 別 | 男子  |

※ 印字できない場合は、新字体(又はカタカナ)での表示になります

検査日： 2022/05/09

※参照値(当社での検査結果です。)

| 裸 眼 | 右 眼 | 左 眼 | 視 力 検 査<br>A B C D 区 分 |
|-----|-----|-----|------------------------|
|     | C   | D   | A ( 1.0以上 )            |
| 矯 正 | 右 眼 | 左 眼 | B ( 0.9 ~ 0.7 )        |
|     |     |     | C ( 0.6 ~ 0.3 )        |
|     |     |     | D ( 0.3 未満 )           |
|     |     |     |                        |

【 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るので、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へお知らせいただければ幸いです。

**医療機関等 ご記入欄**

※医療機関名/医師名等の記入欄は表面にあります。

| 検査結果        |     | 裸眼視力                                             | 矯正視力 |
|-------------|-----|--------------------------------------------------|------|
|             | 右 眼 |                                                  |      |
|             | 左 眼 |                                                  |      |
| 診<br>断<br>名 | 右 眼 | 1.近視 2.遠視 3.近視性乱視<br>4.遠視性乱視 5.混合性乱視<br>6.その他( ) |      |
|             | 左 眼 | 1.近視 2.遠視 3.近視性乱視<br>4.遠視性乱視 5.混合性乱視<br>6.その他( ) |      |
| 【眼鏡使用】      |     | 不要・要・更新・経過観察                                     |      |

**保護者ご記入欄 眼鏡等の購入・更新について**

- |              |            |            |
|--------------|------------|------------|
| 1. 今回購入・更新した | 2. 購入・更新予定 | 3. 今回予定はない |
|--------------|------------|------------|

# 見本



## 受診結果通知書

沖縄市  
5001  
1234

健康 小学校

お名前： けんこう たろう 様

1 学年 1 組

1 番



※ 氏名が印字できない場合は、新字体(又はカタカナ)での表示になります

## 聴力検査

保護者の皆様へ：  
本状は大切なお知らせですので早目に開封し、必ず内容  
をご確認ください



沖縄県沖縄市登川3169番地  
Tel : 098 (939) 4026 Fax : 098 (939) 9388

診療所長： 宮里 明子

保護者 様

本状は、学校検診にて行われた聴力検査の結果に所見のあった  
児童・生徒へ発行されています。内容を確認し、かかりつけの  
医療機関などで検査を受けることをお勧めします。  
その際、裏面の記入欄に受診後の結果をご記入して頂いた上で  
在籍する学校へ提出ください。よろしくお願いいたします。



医療機関等 ご記入欄

医療機関名

医師名

【 受 診 結 果 通 知 書 】

|         |            |     |     |     |            |
|---------|------------|-----|-----|-----|------------|
| 検査項目名   | 聴力検査       |     |     |     | <b>見 本</b> |
| 学 校 名   | 健 康 小 学 校  |     |     |     |            |
| 学年・組・番号 | 1 学年       | 1 組 | 1 番 | 年 齢 | 6 才        |
| お 名 前   | けんこう たろう 様 |     |     | 性 別 | 男子         |

※ 印字できない場合は、新字体(又はカタカナ)での表示になります

検査日：2024/05/09

※参照値(当社での検査結果です)

|   |                                        |                |
|---|----------------------------------------|----------------|
| 右 | 所見の有無 <small>所見なし：「無」 所見あり：「有」</small> |                |
|   | 1000Hz (30 db)                         | 4000Hz (25 db) |
|   | 有                                      | 有              |

|   |                                        |                |
|---|----------------------------------------|----------------|
| 左 | 所見の有無 <small>所見なし：「無」 所見あり：「有」</small> |                |
|   | 1000Hz (30 db)                         | 4000Hz (25 db) |
|   | 無                                      | 無              |

【 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い申し上げます。  
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へお知らせいただければ幸いに存じます。

医療機関等 ご記入欄

※医療機関名/医師名の記入欄は表面にあります。

| 検査結果  | 1 0 0 0 Hz                                                     | 4 0 0 0 Hz  |
|-------|----------------------------------------------------------------|-------------|
| 右     | d b                                                            | d b         |
| 左     | d b                                                            | d b         |
| 判 定   | 1. 異常なし<br>2. 経過観察 (           ヶ月後)<br>3. 要治療 (内容：           ) | 左記の通り判定する   |
| 診 断 名 |                                                                | 年    月    日 |
| ● 備考  |                                                                |             |

# ☆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<br>年 組 番(男・女) | 氏名 | 追加・削除・訂正<br>年 組 番(男・女) | 氏名 |
| 追加・削除・訂正<br>年 組 番(男・女) | 氏名 | 追加・削除・訂正<br>年 組 番(男・女) | 氏名 |
| 追加・削除・訂正<br>年 組 番(男・女) | 氏名 | 追加・削除・訂正<br>年 組 番(男・女) | 氏名 |
| 追加・削除・訂正<br>年 組 番(男・女) | 氏名 | 追加・削除・訂正<br>年 組 番(男・女) | 氏名 |
| 追加・削除・訂正<br>年 組 番(男・女) | 氏名 | 追加・削除・訂正<br>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