

西暦 年 月 日

保護者 様

学校名 〇〇〇立〇〇学校

校長名 〇〇 〇〇

健康診断結果のお知らせと受診のおすすめ

健康診断の結果、お子様には下記の所見がありましたのでお知らせいたします。

年 組 氏名		
身長 ・ cm	体重 ・ kg	肥満度 %

群馬県では、小児期の肥満対策として、生活習慣病予防対策事業を実施しています。肥満度が50%を超える状態（高度肥満）を放置しておく、将来的に生活習慣病（高血圧・糖尿病・動脈硬化・心臓病・脂肪肝など）になる危険が高くなります。

また、肥満のお子さんの一部は小児期から2型糖尿病、脂質異常症になることもありますし、寝ているときにいびきがひどい、息が止まるといった睡眠時無呼吸症候群を合併していることもあります。

お子さんの高度肥満について、早めに学校医やかかりつけ医を受診し、適切な検査や指導を受けることをお勧めします。

【注意事項】

- 1 受診前にあらかじめ電話連絡を入れ、学校の内科検診における受診のすすめであることを受診先に伝えて下さい。なお、正確な検査結果を得るためには空腹時がよいことから、**当日検査前は食事をしないで受診してください。**（※前日及び当日の飲食については、医療機関に確認をしてください。）
- 2 受診の際は、以下のものをご持参のうえ、受付にご提出ください。
 - 受診報告書（様式2）：医療機関により文書料がかかることがあります。
 - 体重測定表（様式3）：受診後に説明を受けてから体重を記入してもらいます。
 - 生活習慣チェックリスト（様式4）：質問事項に回答したものをご持参ください。
 - 母子手帳など、これまでの成長の様子が見えるもの
 - 保険証など
- 3 受診が済みましたら、受診報告書（様式2）を学校へ提出してください。

主治医 様

健康診断の結果、肥満度は下記のとおりでした。

つきましては、下記の血液検査及び血圧測定等を実施のうえ、結果を記入し保護者にお渡しくださるようお願いいたします。

学校医・かかりつけ医「受診報告書」

学校で記入

学校名 _____ 年 _____ 組 氏名 _____ 男・女

身長 _____ cm 体重 _____ kg 肥満度 _____ %
 (西暦 _____ 年 _____ 月測定)

検 査 項 目	結 果	高次医療機関への紹介目安	
生 化 学 検 査	A S T	I U / I	≧ 100
	A L T	I U / I	≧ 100
	尿 酸	m g / d l	≧ 7.0
	血糖 空腹時	m g / d l	≧ 126
	H b A 1 c	%	≧ 6.5
	中性脂肪	m g / d l	≧ 120
	総コレステロール	m g / d l	≧ 220
	HDLコレステロール	m g / d l	≧ 40
尿 糖	(-) (+)	(+) 以上	
血 圧	/ mmHg		
腹 囲	c m		

<判定（該当に○印）>

1：要指導 2：要高次医療機関 / 紹介先（ 病院 ）

<次回受診> _____ ヶ月後

<学校への連絡や指導>

*給食：おかわり 不可 ・ 可（ ）

*運動：制 限 なし ・ あり（ ）

★「可」や「あり」の場合には（ ）に具体的な指導内容を記載して下さい。

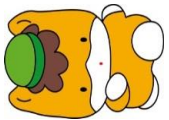
[例] 給食：（野菜はおかわり可）
 運動：（マラソンは膝の痛みが出たら中止）など

西暦 年 月 日実施 医療機関名

医師氏名

㊞

※検査の結果、高次医療機関への紹介の場合は、紹介状等にこの報告書の写しを添付してください。



< 体重測定表 >

- 体重測定は、できるだけ同じ時刻に行いましょう
- 体重は、小数点第一位まで記載しましょう
- 受診するときは、体重測定表を持参してください

氏名 _____

()月	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日
体重(Kg)										
前日比										
イベント										
()月	11日	12日	13日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日
体重(Kg)										
前日比										
イベント										
()月	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日
体重(Kg)										
前日比										
イベント										
()月	31日	記載例	《本人の感想》 ※月末に裏面の千エックリストで千エックしてみよう。							
体重(Kg)		70.3								
前日比		+0.3								
イベント		誕生日								
《医師の評価》 記入日:西暦____年__月__日 身長:_____cm 肥満度:_____％										

生活習慣チェックリスト

記入日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※お子さんの生活の様子について、必要事項をご記入し、あてはまるものに○印をつけてください。

質 問 事 項		回 答	
1	朝食を1週間に4～5日食べない日がありますか	はい	いいえ
2	1日4食以上食べますか	はい	いいえ
3	食べるのがはやいですか	はい	いいえ
4	おかわりをすることが多いですか	はい	いいえ
5	よくかんで食べていますか	はい	いいえ
6	おかずは大皿で出ることが多いですか	はい	いいえ
7	牛乳やジュースを1日にどのくらい飲みますか	牛乳	m l
		ジュース	m l
8	おやつはたくさん食べますか	はい	いいえ
9	寝る前の2時間以内に、夕食やおやつを食べますか	はい	いいえ
10	夜何時に寝て、朝何時に起きていますか	就寝	時頃
		起床	時頃
11	毎日運動をしていますか	はい	いいえ
12	テレビとゲームの時間はあわせてどれくらいですか	時間	分
13	家の手伝いをしていますか	はい	いいえ
14	いびきを毎日かきますか	はい	いいえ
15	睡眠時に10秒以上呼吸が止まることがありますか	はい	いいえ

高次医療機関「受診報告書」

学校名 _____ 年 _____ 組 氏名 _____ 男・女 _____
 身長 _____ cm 体重 _____ kg 肥満度 _____ %
 (西暦 _____ 年 _____ 月測定)

【検査結果】

AST	IU/I
ALT	IU/I
尿酸	mg/dl
血糖	mg/dl
HbA1c	%
中性脂肪	mg/dl
総コレステロール	mg/dl
HDLコレステロール	mg/dl

尿糖	(+) (-)
血圧	/ mmHg
腹囲	cm

その他の検査(実施した場合に記入)

OGTT

腹部エコー

アプノモニター

【診断区分(該当に○)】

1. 単純性肥満 2. 症候性肥満(疾患名: _____)
 合併症
 a. 睡眠時無呼吸症候群 b. 関節痛 c. 2型糖尿病 d. 脂質異常症
 e. 高尿酸血症 f. 脂肪肝 g. 高血圧 h. 発達障害
 i. その他(具体的に: _____)

【管理区分】

1. 要指導(次回受診 _____ヶ月後)
 2. 要治療(治療内容: _____)
 3. 特別支援学校が併設された医療機関に紹介(紹介先医療機関: _____)
 4. 管理不要

【学校への指導】

*給食 : おかわり 不可・可 (_____)

*運動 : 制限 なし・あり (_____)

★ 「可」や「あり」の場合には () に具体的な指導内容を記載してください。

例 給食 : (野菜は可) 運動 : (マラソンは膝の痛みが出たら中止) など

*その他 (_____)

上記のとおり報告いたします。

西暦 年 月 日

医療機関名

医師名

※特別支援学校が併設された医療機関に紹介する必要がある場合は、紹介状等にこの報告書の写しを添付してください。