

心臓検診調査票

検診年月日

受診番号

太枠内についてご記入ください。なお質問1～6は重要事項ですので、保護者の方に記入をお願いします。

学校名	フリガナ	男	生年月日
	氏名	女	平成 年 月 日
クラブ名	出身学校名	身長	体重
	転校歴のある方はご記入ください。	cm	kg
心電図判定	0 ・ 1a ・ 2 ・ 3	心音図判定	0 ・ 1a ・ 2
血圧	～ mmHg	問診判定	0 ・ 1a ・ 1b ・ 2

<p>質問1. 今までに病院または検診で『心臓が悪い』『所見がある』といわれたことがありますか？</p>		協会記入欄
<p><input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい</p> <p>① 何といわれましたか？(該当するものに○をつけて詳しい病名を記入してください)</p> <p>1. 先天性心疾患 2. 不整脈 3. 心筋疾患 4. 心雑音 5. その他</p> <p>病名： _____</p> <p>「はい」の方は ①～④の質問に お答えください</p> <p>② いつ、どこで診断されましたか？ (歳 ヶ月頃) 医療機関名： _____</p> <p>③ その後どうしていますか？(いずれかに○をつけてください)</p> <p>1. 定期的に医療機関を受診している 現在の医療機関名： _____ (回 / 年)</p> <p>2. 医療機関もしくは学校検診で、管理不要または異常なしといわれた</p> <p>3. 医療機関を受診していないまたは放置</p> <p>④ 心臓の手術は受けましたか？</p> <p>1. はい → 手術はいつ、どこで受けましたか？ 2. いいえ (歳 ヶ月頃) 医療機関名： _____</p>	<p>なし</p> <p>①</p> <p>②</p> <p>③</p> <p>④</p>	<p>1b</p> <p>1a</p> <p>2</p> <p>1b</p> <p>2</p>
<p>質問2. 川崎病にかかったことがありますか？</p>		
<p><input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい</p> <p>① いつ、どこで診断されましたか？(歳 ヶ月頃) 医療機関名： _____</p> <p>② 心エコー図検査を受けたことがありますか？</p> <p>1. はい → その時冠動脈に異常があるといわれましたか？ 2. いいえ 1. はい 2. いいえ</p> <p>・今は冠動脈に異常があるといわれていますか？ 1. はい 2. いいえ</p> <p>③ 現在どうしていますか？</p> <p>1. 定期的に医療機関を受診している 現在の医療機関名： _____ (回 / 年)</p> <p>2. 医療機関を受診した結果、問題ないといわれ終了した</p>	<p>①</p> <p>②</p> <p>③</p>	<p>1b</p> <p>1a</p>
<p>質問3. リウマチ性心臓病といわれたことがありますか？</p>		
<p><input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい</p>	<p>1</p> <p>2</p>	
<p>質問4. 高血圧といわれたことがありますか？</p>		
<p><input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい</p>	<p>1</p> <p>2</p>	
<p>質問5. 最近次のような症状がありますか？(「はい」の方は当てはまるものすべてに○をつけてください)</p>		
<p><input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい</p> <p>() 何もしないのに急にどろろとした(いつもの倍以上の脈が打つ)</p> <p>() 少しの運動でうずくまったり、胸がしめつけられるように苦しくなることがある</p> <p>() とくどき脈がとぎれることがある</p> <p>() 立ちくらみやけいれんではなく、安静時、運動中、運動直後に気を失ったことがある</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>
<p>質問6. 血縁者に40歳以下で、心臓病で急死、または原因不明で急死した人がいますか？</p>		
<p><input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい</p> <p>誰が？(父・母 兄弟 祖父母 おじ・おば) 何歳のとき？(歳)</p>	<p>1</p> <p>2</p>	

----- 学校記入欄(ここから下は保護者は記入しないでください) -----

I. 校医所見 (なし ・ あり)

1. チアノーゼ 2. ばち状指 3. 浮腫 4. 胸郭変形 5. 異常心音 6. 心雑音 7. 不整脈

II. 養護教諭、担任からの情報・意見 ()

あり	1a
	2

心臓検診のお知らせ

保護者の方へお願い

子供たちが楽しく意義ある学校生活を送るには、健康に気をつけなければなりません。ことに心臓に病気のある子どもの健康管理は大切です。それゆえ、心臓検診は学校の健康診断の中で、特に重点がおかれています。

この調査は、その検診を行うために必要ですので、保護者の方々のご協力をお願いします。

検診日時： 月 日

学校長

裏面の『心臓検診調査票』の記入方法について

太枠内を児童・生徒ではなく保護者の方がご記入ください。

質問1から質問6までの質問項目に対して、はい・いいえのどちらかを○で囲む形式でお答えください。

(質問1) 今までに医師より心臓が悪いといわれたことがある、または検診等で所見があるといわれたことがある場合には、①～④の質問にお答えください。

①⇒1～5の該当するものに○をして、詳しい病名、所見名をご記入ください。

④⇒手術を複数回受けた方はその年齢を全てお書きください。

(質問2) 今までに『川崎病』(疑いも含む)といわれたことがある場合には、①～③の質問にお答えください。

特に心エコー図検査についての質問は重要ですので、②その時の冠動脈異常の有無、現在の冠動脈異常の有無について記入漏れがないようにお願いします。

(質問3) 「リウマチ熱」「リウマチ性の病気」「小ぶとう病」でリウマチ性心臓病といわれたことがある場合は、はいに○をおつけください。

(質問5) 心臓検診を受けるお子様に確認のうえ、該当する自覚症状全てに○をおつけください。

(質問6) 心臓病には遺伝と関わりのあるものもありますので、父母、兄弟、姉妹、祖父母、おじ・おばの方で、40歳以下で心臓病で急死、または原因不明で急死した人がおられましたら、該当する方に○をして、何歳で亡くなったかお書きください。

その他、お子様の心臓に関して気になることがある場合は、できるだけ詳しく余白にご記入ください。

心臓検診調査票 記入例

検診年月日

受診番号

太枠内についてご記入ください。なお質問1~6は重要事項ですので、保護者の方に記入をお願いします。

学校名 予防医学学校	1年 1組 1番	フリガナ ヨボウ タロウ 氏名 予防 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日
クラブ名 野球部	出身学校名 予防医学小・中学校	転校歴のある方はご記入ください。 ●●中学校→〇〇中学校	身長 170 cm	体重 60 kg
心電図判定 0 ・ 1a ・ 2 ・ 3	心音図判定 0 ・ 1a ・ 2			
血圧 ~ mmHg	問診判定 0 ・ 1a ・ 1b ・ 2			

質問1. 今までに病院または検診で『心臓が悪い』『所見がある』といわれたことがありますか？		協会記入欄
<input type="radio"/> いいえ	<input checked="" type="radio"/> はい	なし
① 何といわれましたか？(該当するものに○をつけて詳しい病名を記入してください) 1. 先天性心疾患 <input type="radio"/> 2. 不整脈 <input checked="" type="radio"/> 3. 心筋疾患 <input type="radio"/> 4. 心雑音 <input checked="" type="radio"/> 5. その他 病名： 上室性期外収縮 収縮期雑音		①
② いつ、どこで診断されましたか？ (7 歳 2 ヶ月頃) 医療機関名： 予防医学医院		②
③ その後どうしていますか？(いずれかに○をつけてください) <input checked="" type="radio"/> 1. 定期的に医療機関を受診している 現在の医療機関名： 予防医学大学病院 (1 回 / 1 年) 2. 医療機関もしくは学校検診で、管理不要または異常なしといわれた 3. 医療機関を受診していないまたは放置		③ 1b 1a 2
④ 心臓の手術は受けましたか？ 1. はい → 手術はいつ、どこで受けましたか？ <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ (歳 ヶ月頃) 医療機関名：		④ 1b 2
質問2. 川崎病にかかったことがありますか？		
<input type="radio"/> いいえ	<input checked="" type="radio"/> はい	
① いつ、どこで診断されましたか？(5 歳 2 ヶ月頃 医療機関名： 予防医学大学病院)		①
② 心エコー図検査を受けたことがありますか？ <input checked="" type="radio"/> 1. はい → その時冠動脈に異常があるといわれましたか？ 2. いいえ <input checked="" type="radio"/> 1. はい 2. いいえ ・今は冠動脈に異常があるといわれていますか？ 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ		②
③ 現在どうしていますか？ <input checked="" type="radio"/> 1. 定期的に医療機関を受診している 現在の医療機関名 予防医学大学病院 (1 回 / 3 年) 2. 医療機関を受診した結果、問題ないといわれ終了した		③ 1b 1a
質問3. リウマチ性心臓病といわれたことがありますか？		
<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	1 2
質問4. 高血圧といわれたことがありますか？		
<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	1 2
質問5. 最近次のような症状がありますか？(「はい」の方は当てはまるものすべてに○をつけてください)		
<input type="radio"/> いいえ	<input checked="" type="radio"/> はい	1
(<input checked="" type="radio"/>) 何もしないのに急にどろきがあった(いつもの倍以上の脈が打つ)		2
() 少しの運動でうずくまったり、胸がしめつけられるように苦しくなることがある		2
(<input checked="" type="radio"/>) とどろき脈がとぎれることがある		3
() 立ちくらみやけいれんではなく、安静時、運動中、運動直後に気を失ったことがある		4 2
質問6. 血縁者に40歳以下で、心臓病で急死、または原因不明で急死した人がいますか？		
<input type="radio"/> いいえ	<input checked="" type="radio"/> はい	1 2
誰が？(父・母 兄弟 <input checked="" type="radio"/> 祖父母 おじ・おば) 何歳のとき？(38 歳)		

----- 学校記入欄(ここから下は保護者は記入しないでください) -----

I. 校医所見 (なし・あり)

1. チアノーゼ 2. ばち状指 3. 浮腫 4. 胸郭変形 5. 異常心音 6. 心雑音 7. 不整脈

II. 養護教諭、担任からの情報・意見 ()

あり 1a 2