保護者の方へ

　心臓病検診は、心疾患を持つ児童・生徒が安全で有意義な学校生活を送れるようにするため、心疾患の早期発見や既に罹患している心疾患の状況の把握を目的に、学校保健法に基づき実施する重要な検診です。

　この調査票は、心臓病検診の結果を判定する際の参考にしますので、もれなくご記入のうえ提出してください。

　なお、以下の個人情報の取り扱いについても併せてご覧くださいますようお願い申し上げます。

**個人情報(氏名・問診情報・健診結果)の取り扱いについて**

個人情報保護管理者　○○　○○

お子様に関する個人情報は、「個人情報の保護に関する法律」をはじめとする各種法令規範等に基づき、情報漏洩や紛失等がないよう適正にお取り扱いいたします。

１　個人情報の収集（利用）目的

　今回の検診で取得する個人情報は、次の目的のために使用します。

(1)市町村教育委員会、学校からの検診事業の受託

　①心臓病検診の実施

　②検診結果の報告

　③検診の精度管理・事業評価のための情報収集及び分析

(2)精密検査実施医療機関からの医療情報提供の照会に対する情報の提供

(3)法律や行政の求め等で、個人情報の提出が定められている場合

(4)公衆衛生の向上を目的とした研究に利用する場合（この場合は識別できないように匿名化した情報を利用することを原則とします）

２　個人情報の提供

　検診の結果は、学校及び市町村教育委員会\*へお知らせいたします。

\*市町村立の学校の場合のみ

３　個人情報の預託

　検診結果の情報処理にあたっては、個人情報保護体制が整備され適正と判断した情報処理会社へ預託する場合があります。なお、個人情報保護についての契約に基づき、適正に管理していることを定期的にチェックします。

４　不同意の場合

　お子様の氏名、性別、年齢や問診情報、検診結果につきましては、当該検診の結果を判定し、通知する際に必須のものです。

　これらの情報の提供に際し同意いただけない場合は、結果を判定、通知することができません。

５　問い合わせ先

　検診データの開示、訂正、削除等について、ご質問やご相談がある方は、下記の個人情報相談窓口までお問い合わせください。

＊個人情報に関するお問い合わせ・・・　電話　029-241-0044　健診事業部調整課

けんこうリンク 公益財団法人　茨城県総合健診協会

心臓病検診調査票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校名 |  | | |
| 学年・組・番号 | 年　　　　　　組　　　　　　番 | | |
| フリガナ |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 |

質問１

今まで医師から心臓について何か言われたことはありますか。　　　　はい 　　 いいえ

◎「はい」と答えた方は以下に記入してください。

＜年齢、病名、状況、医療機関名＞

＊はじめて言われた年齢を記入してください。　　　＿＿＿＿歳＿＿＿＿カ月頃

＊病名、状況など詳しく記入してください。

＊通院した（もしくは現在している）医療機関名を記入してください。

＜その後の様子＞　＊該当する番号に○をつけてください。

１　精密検査で異常はなかった

２　心臓の手術を受けた

　（２に該当した方は３または４の受診歴もお答えください）

３　定期的に医療機関を受診していたが現在はしていない

　（３に該当した方はaまたはbにお答えください）

　　a 医師から必要がないと言われたため

　　b 医師から必要と言われているが受診していない

４　現在も定期的に医療機関を受診している

５　そのまま何もしていない

６　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

質問2

今まで医師からリウマチ性の病気と言われたことがありますか。　　はい　　いいえ

◎「はい」と答えた方は以下に記入してください。

・何歳の時ですか　　＿＿＿＿＿歳＿＿＿＿＿カ月頃

・その時の病名

　１　リウマチ熱

　２　舞踏病

　３　リウマチ性心臓弁膜症

　４　リウマチ性心炎

　５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・その後の様子

　a　後遺症もなく完全に治ったと言われた

b　現在も服薬したり、検査を受けている

c　定期的検査が必要と言われたが受けていない

質問３

次のような病気にかかったことがありますか。　　　　はい　　　いいえ

◎「はい」と答えた方は該当する疾患の番号に○を付けてください。

１　川崎病　　　２　高血圧（腎炎を除く）　　３　甲状腺の病気

４　敗血症　　　５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

質問４

最近、次のような症状（特に心臓に関係した症状）がありますか。

１　階段を普通の速さでのぼっても、動悸や息切れがする。　　はい　　いいえ

２　気を失ったことがある。　　　　　　　　　　　　　　　　はい　　いいえ

　　（原因が次の場合は除く：高熱、頭部打撲、脳貧血、脳波異常など）

３　運動時に胸がしめつけられるように苦しくなることがある。　　　　はい　　いいえ

４　何もしないのに急に心臓が早く打つことがある。　　　　　はい　　　いいえ

　　　　　　　　　　　　　　（いつもの倍ほど）

その時の状況（分かる範囲で）以下に記入

質問５

お子様の血族（両親、兄弟、祖父母、おじ、おば）の中に、心臓病が原因で40歳以下で、急死した方がいますか。　　　　　　　　　　　　　　はい　　　　いいえ

◎「はい」と答えた方は以下の表に記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 誰が |  | 何歳の時 | 歳 | 病名又は状態 |  |