

児童生徒健康管理対策実施要綱

【2026年度版】

群馬県教育委員会
群馬県学校保健会

臨雲亦笑東坡野音韻變封望畫鼎

【2023年10月】

錦屏山青塔果酒樓
錦屏山青塔果酒樓

児童生徒健康管理対策実施要綱

目次

- 第1章 総則（第1条－第3条）
- 第2章 腎臓検診・糖検診（第4条－第12条）
- 第3章 心臓検診（第13条－第18条）
- 第4章 貧血検査（第19条－第21条）
- 第5章 結果報告（第22条－第25条）

附則

第1章 総則

（目的）

第1条 この要綱は、児童生徒に対する疾患の早期発見、指導管理に必要な事項を定め、もって健康の増進を図るものとする。

（事業）

第2条 この要綱により実施する事業は次のとおりとする。

- 一 腎臓検診・糖検診
- 二 心臓検診
- 三 貧血検査

（経費）

第3条 前条の事業のうち、学校で行う検診及び検査に要する経費は、それぞれの学校の設置者が負担する。

第2章 腎臓検診・糖検診

【腎臓検診】

（対象者）

第4条 腎臓検診の対象者は、県内の公立小学校、公立中学校、公立義務教育学校、公立中等教育学校、公立高等学校及び公立特別支援学校の全学年児童生徒とする。

（実施内容）

第5条 腎臓検診は、一次検診として、尿検査により次の各号に掲げるものを実施する。

- 一 蛋白
- 二 潜血
- 三 PH

2 特に必要がある場合においては、前項の項目に加え、白血球の検査を行うものとする。

（二次検診）

第6条 学校の長（以下「校長」という）は、前条の検診で一定の基準に該当する異常が認められた児童生徒（尿糖で異常ありの児童生徒・尿糖での要管理児童生徒を除く）に対して、主治医又は学校医等において二次検診を受診させるものとする。

2 校長は、前項の二次検診に際して、腎臓一次検診結果報告書（様式1）、腎臓二次検診結果報告書（様式2）及び学校生活管理指導表（様式11）を持参させるものとする。ただし、尿糖以外の要管理児童生徒は、腎臓・糖一次検診結果報告書（様式5）、主治医検診結果報告書（様式6）、学校生活管理指導表（様式11）を持参させるものとする。

(三次検診)

第7条 校長は、前条の二次検診において三次検診を指示された児童生徒に対し、別表1に掲げる病院において三次検診を受診させるものとする。

2 校長は、第5条の検診において第1回又は第2回検尿で蛋白、又は潜血に基準以上の異常が認められた児童生徒（尿糖の要管理児童生徒は除く）に対し別表1に掲げる病院において直接三次検診を受診させるものとする。

3 校長は、1項の三次検診に際して、二次検診において主治医又は学校医等の作成した腎臓二次検診結果報告書（様式2）、三次検診結果報告書（様式4）及び学校生活管理指導表（様式11）を持参させるものとする。

4 校長は、2項の直接三次検診に際して、腎臓・糖一次検診結果報告書（様式3）、三次検診結果報告書（様式4）及び学校生活管理指導表（様式11）を持参させるものとする。

(事後措置)

第8条 校長は、二次検診又は三次検診の結果異常が認められた児童生徒に対し、学校生活管理指導表（様式11）に基づきその指導管理に努めるとともに、腎・糖尿疾患管理カード（様式7）によりその経過を記録し、生活指導を適切に進めるものとする。

【糖 検 診】

(対象者)

第9条 糖検診の対象者は、県内の公立小学校、公立中学校、公立義務教育学校、公立中等教育学校、公立高等学校及び公立特別支援学校の全学年児童生徒とする。

(実施内容)

第10条 糖検診は、一次検診として、尿検査により実施する。

(三次検診・主治医検診)

第11条 校長は、第10条の検診において第1回又は第2回検尿で糖に異常が認められた児童生徒（尿糖での要管理児童生徒は除く）に対し、別表1に掲げる病院において三次検診を受診させるものとする。

2 校長は、第10条の検診の第1回検尿後、尿糖での要管理児童生徒に対し、主治医検診を受診させるものとする。

3 校長は、1項の三次検診に際して、腎臓・糖一次検診結果報告書（様式3）、三次検診結果報告書（様式4）、学校生活管理指導表（様式11）及び糖尿病患児の治療・緊急連絡法等の連絡表（様式17）を持参させるものとする。

4 校長は、2項の主治医検診に際して、腎臓・糖一次検診結果報告書（様式5）、主治医検診結果報告書（様式6）、学校生活管理指導表（様式11）及び糖尿病患児の治療・緊急連絡法等の連絡表（様式17）を持参させるものとする。

(事後措置)

第12条 校長は、三次検診又は主治医検診の結果異常が認められた児童生徒に対し、学校生活管理指導表（様式11）に基づきその指導管理に努めるとともに、腎・糖尿疾患管理カード（様式7）によりその経過を記録し、生活指導を適切に進めるものとする。

第3章 心臓検診

(対象者)

第13条 心臓検診の対象者は、県内の公立小学校、公立中学校、公立高等学校及び公立特別支援学校各学部の第1学年、公立義務教育学校並びに公立中等教育学校の第1学年

及び第4学年に在籍する児童生徒とする。また、県内の公立小学校、公立特別支援学校並びに公立義務教育学校においては、第4学年も実施できるものとする。

2 前項に定める者の他、校長が、特に必要と認めた児童生徒について対象とすることができる。

(実施内容)

第14条 心臓検診は、一次検診として、次の各号に掲げるものを実施する。

- 一 心臓検診用調査票及び健康診断票(様式8)による問診
- 二 省略4誘導心電図または標準12誘導心電図
- 三 2点心音図
- 四 胸部X線撮影

2 前項第4号の検診は、小学校、特別支援学校小学部及び義務教育学校の第1学年で、保護者の同意があった児童について実施する。

(二次検診)

第15条 校長は、前条の検診の結果、要二次検診とされた児童生徒に対して、別表2の二次検診病院において、二次検診を受診させるものとする。

2 校長は、前項の二次検診に際して、心臓検診依頼書・結果報告書(様式9)、学校生活管理指導表(様式11)及び一次検診の結果が記入された心臓検診用調査票及び健康診断票(様式8)を持参させるものとする。

(三次検診)

第16条 校長は、第14条又は前条第1項の検診の結果、要三次検診とされた児童生徒に対して、別表2の三次検診病院において、三次検診を受診させるものとする。

2 校長は、前項の三次検診に際して、心臓検診依頼書・結果報告書(様式9)、学校生活管理指導表(様式11)及び一次検診の結果が記入された心臓検診用調査票及び健康診断票(様式8)を持参させるものとする。

(定期検診)

第17条 校長は、第14条の検診の結果、要定期検診とされた児童生徒に対して、心臓検診依頼書・結果報告書(様式9)、学校生活管理指導表(様式11)及び一次検診の結果が記入された心臓検診用調査票及び健康診断票(様式8)を添付して、主治医の定期検診を受診させるものとする。ただし、当該年度の定期検診が既に終了している場合は、主治医に学校生活管理指導表(様式11)の作成を依頼するものとする。

(事後措置)

第18条 校長は、二次検診又は三次検診の結果異常が認められた児童生徒及び定期検診を要する児童生徒に対し、学校生活管理指導表(様式11)に基づきその指導管理に努めるとともに、心疾患管理カード(様式10)にその経過を記録し、生活指導を適切に進めるものとする。

第4章 貧血検査

(対象者)

第19条 貧血検査の対象者は、県内の公立中学校、公立高等学校、公立特別支援学校の中学部及び高等部の第2学年、公立義務教育学校の中学2年に相当する生徒並びに公立中等教育学校の第2学年及び第5学年に在籍する女子生徒とする。

(実施内容)

第20条 貧血検査の内容は、次の各号に掲げるものとする。

一 思春期貧血調査票（様式12）による問診

二 血色素濃度

三 赤血球容積

2 採血による貧血検査は、保護者の同意があった生徒について実施する。

（事後措置）

第21条 校長は、前条の検査の結果異常が認められた生徒に対し、保健指導等必要な事後措置を講じるものとする。

第5章 結果報告

（腎臓検診結果報告）

第22条 校長は、腎臓一次検診の結果異常が認められた児童生徒が、二次検診又は三次検診の受診を終了した後速やかに、その結果を腎臓二次、三次・主治医検診結果報告者名簿（様式13-1）及び腎臓検診結果調査票（様式14-1）によりとりまとめ、腎臓二次検診結果報告書（様式2）、学校生活管理指導表（様式11）、三次検診結果報告書（様式4）及び主治医検診結果報告書（様式6）の写しを添付して、県教育長に提出するものとする。ただし、市町村立学校については、当該市町村教育委員会教育長（以下「市町村教育長」という。）に提出するものとする。

腎臓検診二次検診以降の検査の結果、「管理不要」となった児童生徒については、学校生活管理指導表（様式11）の提出は不要とする。

2 市町村教育長は、前項の報告をとりまとめ、県教育長に提出するものとする。

3 県教育長は、前二項の報告をとりまとめ、群馬県学校保健会児童生徒腎臓疾患対策委員会の審議を受けるものとする。

（糖検診結果報告）

第23条 校長は、糖一次検診の結果異常が認められた児童生徒が、三次検診又は主治医検診の受診を終了した後速やかに、その結果を糖尿三次・主治医検診結果報告者名簿（様式13-2）及び糖検診結果調査票（様式14-2）によりとりまとめ、学校生活管理指導表（様式11）、三次検診結果報告書（様式4）及び主治医検診結果報告書（様式6）の写しを添付して、県教育長に提出するものとする。ただし、市町村立学校については、当該市町村教育長に提出するものとする。

糖検診三次検診等の検査の結果、「管理不要」となった児童生徒については、学校生活管理指導表（様式11）の提出は不要とする。

2 市町村教育長は、前項の報告をとりまとめ、県教育長に提出するものとする。

3 県教育長は、前二項の報告をとりまとめ、群馬県学校保健会児童生徒腎臓疾患対策委員会の審議を受けるものとする。

（心臓検診結果報告）

第24条 校長は、心臓一次検診の結果異常が認められた児童生徒が、二次検診、三次検診又は定期検診の受診を終了した後速やかに、その結果を心臓検診有所見者名簿（様式15）によりとりまとめ、心臓検診依頼書・結果報告書（様式9）のうちの心臓検診結果報告書及び学校生活管理指導表（様式11）の写しを添付して、県教育長に提出するものとする。ただし、市町村立学校については、当該市町村教育長に提出するものとする。

心臓検診二次検診以降の検査の結果、「管理不要」となった児童生徒については、学校生活管理指導表（様式11）の提出は不要とする。

- 2 前項の報告は、第13条第1項に掲げる対象者について作成するものとする。
- 3 市町村教育長は、第1項の報告をとりまとめ、県教育長に提出するものとする。
- 4 県教育長は、前三項の報告をとりまとめ、群馬県学校保健会児童生徒心臓疾患対策委員会の審議を受けるものとする。

(貧血検査結果報告)

第25条 校長は、貧血検査の結果が判明した後速やかに、貧血検査結果調査票(様式16)によりとりまとめ、県教育長に提出するものとする。ただし、市町村立学校については、当該市町村教育長に提出するものとする。

- 2 市町村教育長は、前項の報告をとりまとめ、県教育長に提出するものとする。
- 3 県教育長は、県立学校生徒の検査結果について、検査機関から結果報告を受けたときは、これをもって第1項の報告に代えることができる。

附 則

この要綱は、平成11年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成14年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成15年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成16年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成17年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、2019年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、2020年4月1日から施行する。

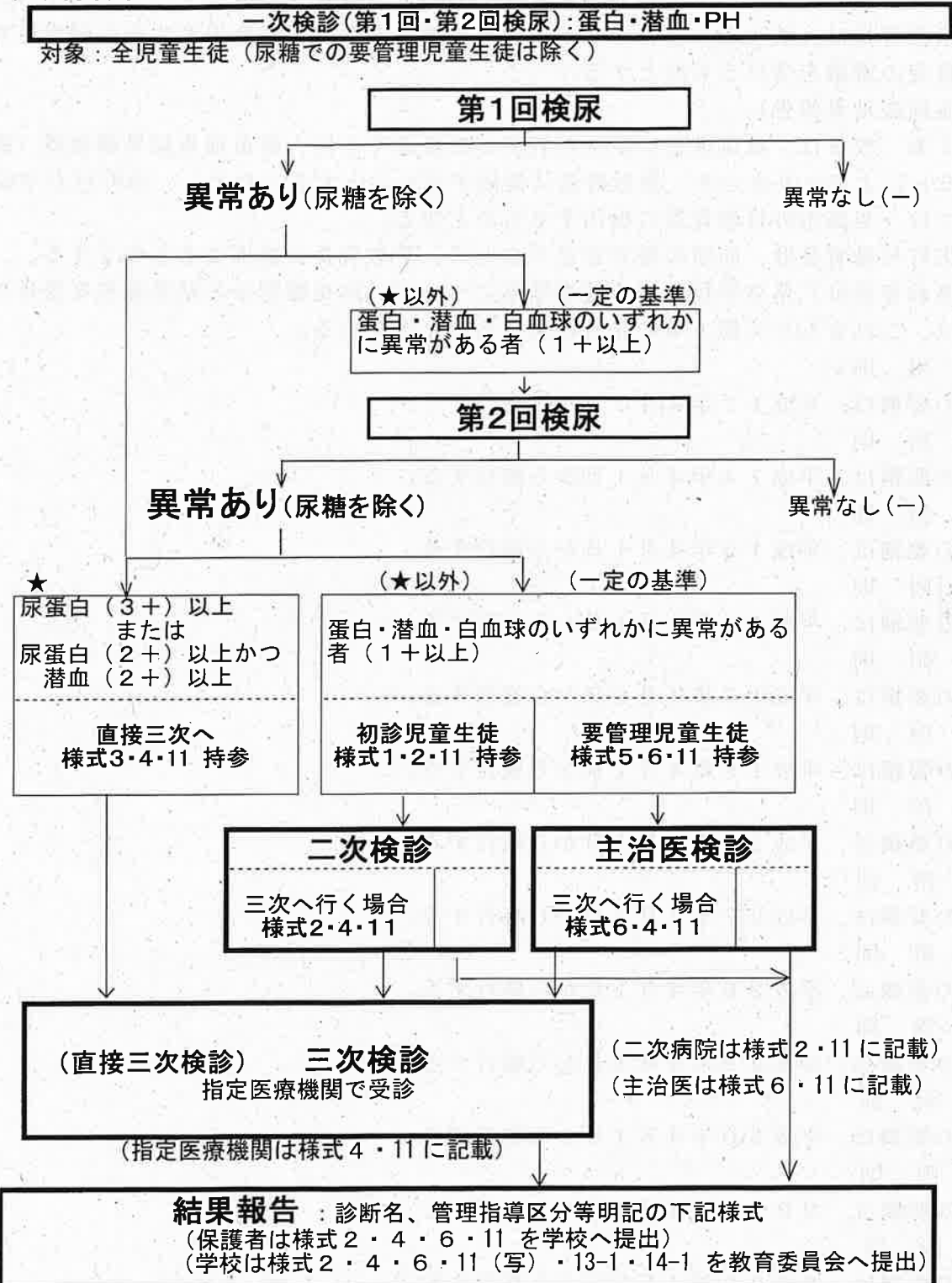
附 則

この要綱は、2023年4月1日から施行する。

(参考)

腎臓・糖検診のフロー

(1) 腎臓検診フロー

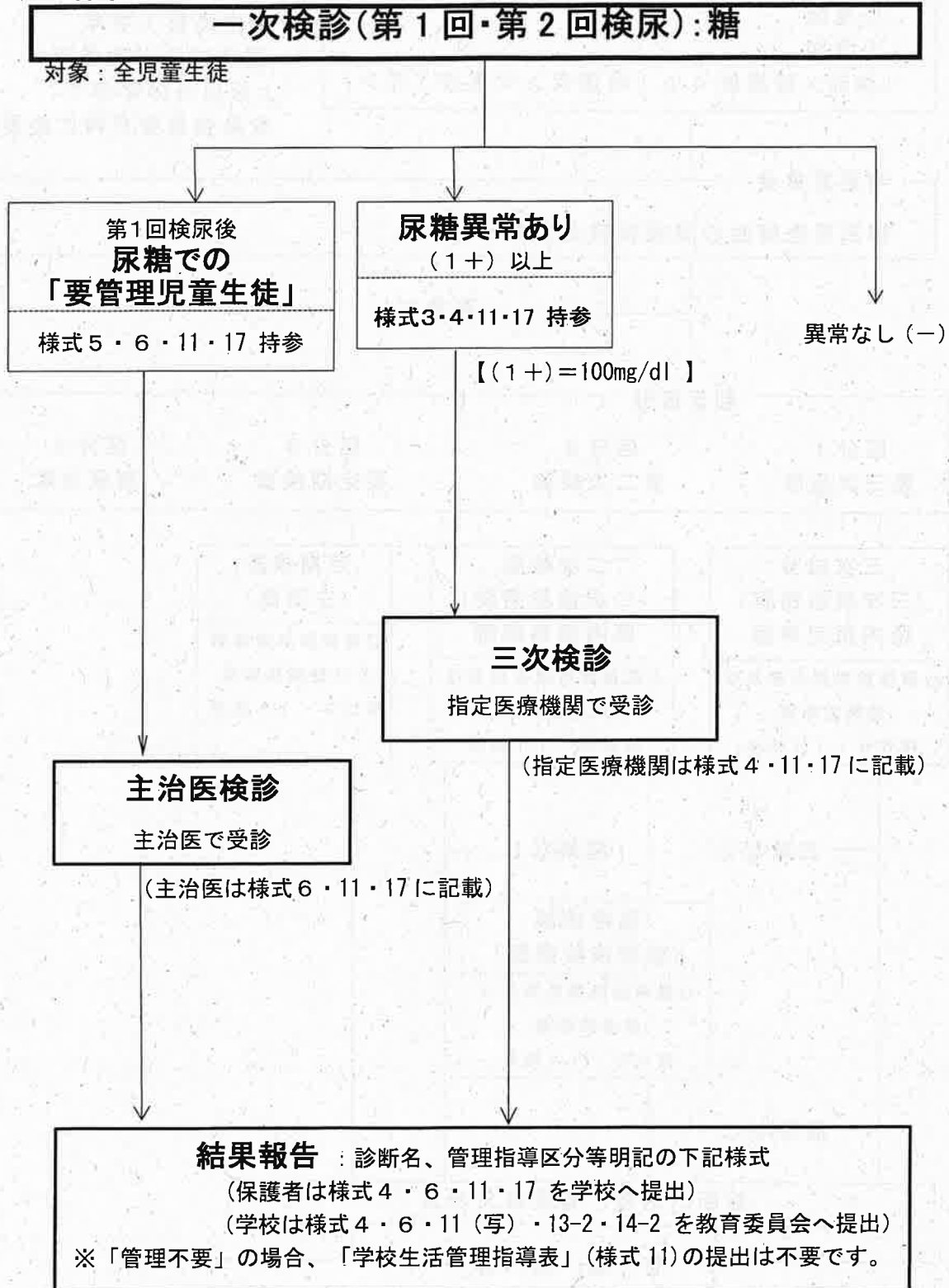


※上記「要管理児童生徒」の一次検診結果が「(-)異常なし」となった場合であっても、主治医が医師による検診が必要と判断した場合は、そのやりとりを「様式6及び様式11」をもって行う。

(参考)

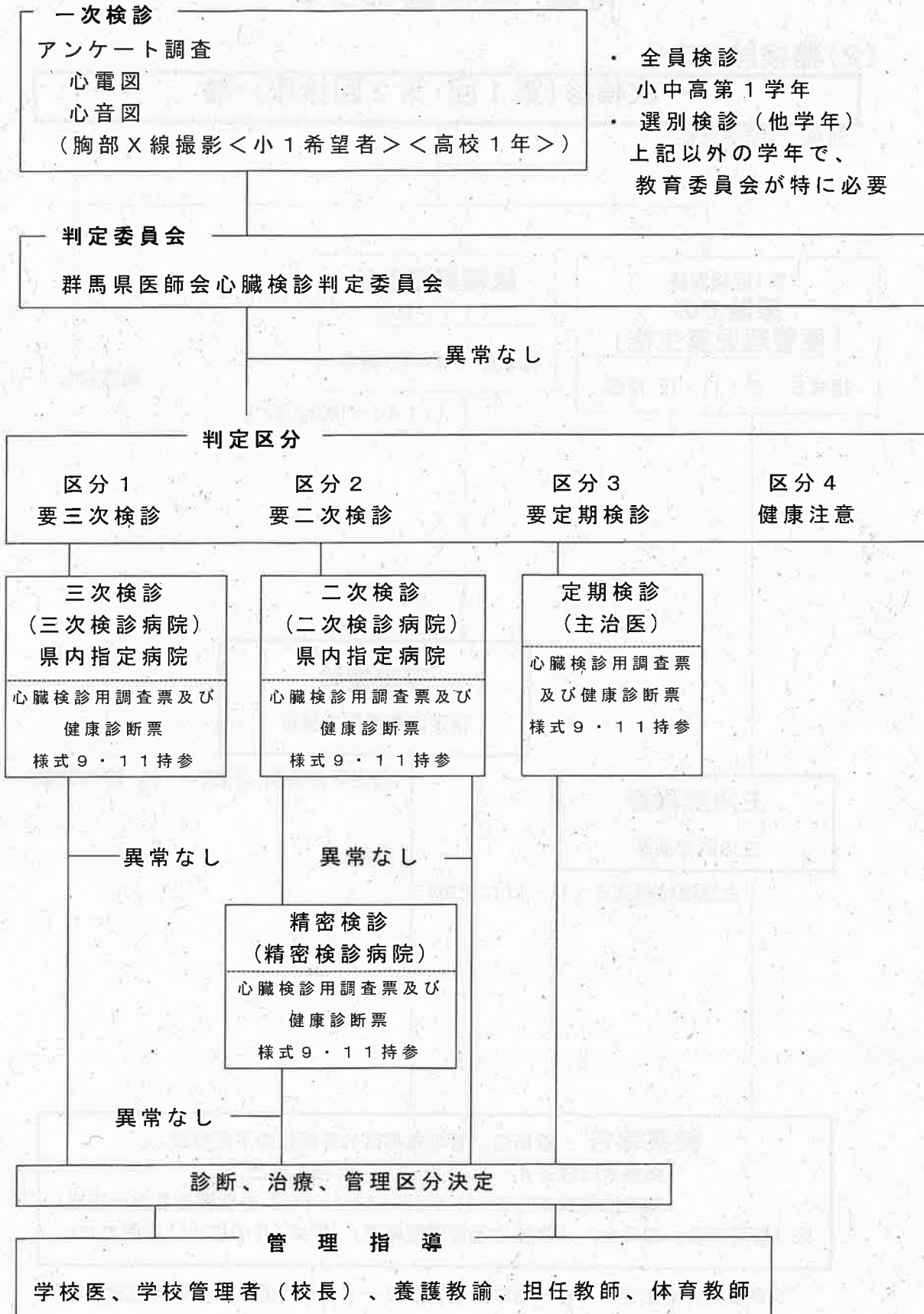
腎臓・糖検診のフロー

(2) 糖検診フロー



※要管理児童生徒: 「腎・糖尿疾患管理カード」が作成されている児童生徒

心臓検診の経過



腎臓・糖尿三次検診病院一覧(2026年度)

腎臓

・小児科(小学生、中学生)

病院名	所在地	TEL	小児腎臓 専門外来
群馬大学医学部附属病院	前橋市昭和町三丁目 39-15	027-220-7111	○
群馬中央病院	前橋市紅雲町一丁目 7-13	027-221-8165	○
国立病院機構高崎総合医療センター	高崎市高松町 36	027-322-5901	○
桐生厚生総合病院	桐生市織姫町 6-3	0277-44-7171	○
群馬県立小児医療センター 腎臓内科	渋川市北橋町下箱田 779	0279-52-3551	○
公立藤岡総合病院	藤岡市中栗須 813-1	0274-22-3311	○
利根中央病院	沼田市沼須町 910-1	0278-22-4321	○
前橋赤十字病院	前橋市朝倉町 389-1	027-265-3333	
前橋協立病院	前橋市朝倉町 828-1	027-265-3511	
伊勢崎市民病院	伊勢崎市連取本町 12-1	0270-25-5022	
SUBARU 健康保険組合太田記念病院	太田市大島町 455-1	0276-55-2200	
公立富岡総合病院	富岡市富岡 2073-1	0274-63-2111	
原町赤十字病院	吾妻郡東吾妻町原町 698	0279-68-2711	
館林厚生病院	館林市成島町 262-1	0276-72-3140	

腎 臓

・内科(高校生)

※腎臓専門医が勤務し、かつ腎生検施行可能な施設で、三次検診病院として掲載希望の病院

病院名		所在地	TEL
群馬大学医学部附属病院	腎臓・リウマチ内科	前橋市昭和町三丁目 39-15	027-220-7111
前橋赤十字病院	リウマチ腎臓内科	前橋市朝倉町 389-1	027-265-3333
群馬県済生会前橋病院	腎臓リウマチ内科	前橋市上新田町 564-1	027-252-6011
前橋広瀬川クリニック	腎臓内科	前橋市千代田町二丁目 10-9	027-231-4101
上毛大橋クリニック	腎臓内科	前橋市川原町一丁目 49-6	027-237-2800
国立病院機構 高崎総合医療センター	腎臓・膠原リウマチ内科	高崎市高松町 36	027-322-5901
平成日高クリニック	腎臓内科	高崎市中尾町 886	027-362-6201
東邦病院	腎臓透析センター	みどり市笠懸町阿左美 1155	0277-76-6311
渋川中央病院	腎臓内科	渋川市石原 508-1	0279-25-1711
公立藤岡総合病院	腎臓リウマチ膠原病科	藤岡市中栗須 813-1	0274-22-3311
公立富岡総合病院	腎臓内科	富岡市富岡 2073-1	0274-63-2111
利根中央病院	腎臓内科	沼田市沼須町 910-1	0278-22-4321

糖 尿

・小児科(小学生、中学生)

病院名	所在地	TEL
群馬大学医学部附属病院	前橋市昭和町三丁目 39-15	027-220-7111
群馬中央病院	前橋市紅雲町一丁目 7-13	027-221-8165
前橋赤十字病院	前橋市朝倉町 389-1	027-265-3333
前橋協立病院	前橋市朝倉町 828-1	027-265-3511
国立病院機構高崎総合医療センター	高崎市高松町 36	027-322-5901
桐生厚生総合病院	桐生市織姫町 6-3	0277-44-7171
伊勢崎市民病院	伊勢崎市連取本町 12-1	0270-25-5022
SUBARU 健康保険組合太田記念病院	太田市大島町 455-1	0276-55-2200
公立藤岡総合病院	藤岡市中栗須 813-1	0274-22-3311
利根中央病院	沼田市沼須町 910-1	0278-22-4321

糖 尿

・内科(高校生)

病院名		所在地	TEL
群馬大学医学部附属病院	内分泌・糖尿病内科	前橋市昭和町三丁目 39-15	027-220-7111
群馬中央病院	内科	前橋市紅雲町一丁目 7-13	027-221-8165
前橋赤十字病院	糖尿病・内分泌内科	前橋市朝倉町 389-1	027-265-3333
前橋協立病院	内科	前橋市朝倉町 828-1	027-265-3511
群馬県済生会前橋病院	内科	前橋市上新田町 564-1	027-252-6011
国立病院機構高崎総合医療センター	内科	高崎市高松町 36	027-322-5901
桐生厚生総合病院	内科	桐生市織姫町 6-3	0277-44-7171
伊勢崎市民病院	内科	伊勢崎市連取本町 12-1	0270-25-5022
SUBARU 健康保険組合太田記念病院	内分泌内科	太田市大島町 455-1	0276-55-2200
公立藤岡総合病院	内科	藤岡市中栗須 813-1	0274-22-3311
公立富岡総合病院	内科	富岡市富岡 2073-1	0274-63-2111
下仁田厚生病院	内科	甘楽郡下仁田町下仁田 409	0274-82-3555
安中市立碓氷病院	内科	安中市原市一丁目 9-10	027-385-8221
原町赤十字病院	内科	吾妻郡東吾妻町原町 698	0279-68-2711
利根中央病院	内科	沼田市沼須町 910-1	0278-22-4321
館林厚生病院	内科	館林市成島町 262-1	0276-72-3140

令和8年度 心臓二次検診医療機関一覧表

※受診前に受診予定の医療機関に必ず電話連絡をしてください。

(順不同)

市町村	医療機関名	医療機関所在地	電話番号	対応可能学年			
				小1	小4	中1	高1
前橋市	群馬大学医学部附属病院	前橋市昭和町3-39-15	027-220-7111	○	○	○	○
	前橋赤十字病院	前橋市朝倉町389-1	027-265-3333	○	○	○	○
	群馬中央病院	前橋市紅雲町1-7-13	027-221-8165	○	○	○	○
	群馬県済生会前橋病院	前橋市上新田町564-1	027-252-6011				○
	青梨子はざわら医院	前橋市青梨子町1714-1	027-210-5501			○	○
	おおつか内科クリニック	前橋市大友町3-23-4	027-252-6006		○	○	○
	金子クリニック	前橋市東上野町20-1	027-212-5085	○	○	○	○
	佐治内科医院	前橋市端気町374-15	027-264-3500	○	○	○	○
	さとり循環器・内科クリニック	前橋市大利根町2-32-4	027-225-2327	○	○	○	○
	外山内科・循環器内科クリニック	前橋市荒牧町2-33-9	027-232-8000	○	○	○	○
	北條医院	前橋市駒形町833-38	027-266-6737	○	○	○	○
前橋フォレスト内外科クリニック	前橋市古市町180-3 フォレストモール新館内	027-252-7001				○	
高崎市	高崎総合医療センター	高崎市高松町36	027-322-5901	○	○	○	○
	高崎中央病院	高崎市高岡町498-1	027-323-2665	○	○	○	○
	あらいキンダークリニック	高崎市下中居町247-3	027-352-4152	○	○	○	○
	乾小児科内科医院	高崎市宮元町207	027-322-3252	○	○	○	○
	宇都木医院	高崎市西国分町139-3	027-372-1404			○	○
	小倉クリニック	高崎市柴崎町60-11	027-352-1811			○	○
	こだまクリニック	高崎市石原町3225	027-327-5566			○	○
	櫻井医院	高崎市柴崎町1213-2	027-352-1270			○	○
	佐藤小児科内科医院	高崎市栄町27-13	027-322-4498	○	○	○	○
	静内科	高崎市小八木町799-1	027-370-0777			○	○
	清水内科	高崎市飯塚町703	027-362-2838			○	○
庭野クリニック	高崎市上並榎町151-1	027-370-3003			○	○	
ヒロ循環器科胃腸科クリニック	高崎市吉井町長根1816	027-387-1122	○	○	○	○	
桐生市	桐生厚生総合病院	桐生市織姫町6-3	0277-44-7171	○	○	○	○
	石川内科クリニック	桐生市東5丁目2-16	0277-47-3014	○	○	○	○
	星野クリニック	桐生市小曾根町7-18	0277-44-1125	○	○	○	○
	矢野クリニック	桐生市錦町1-4-44	0277-45-3711			○	○
みどり市	恵愛堂病院	みどり市大間々町大間々504-6	0277-73-2211				○
	かさかけクリニック	みどり市笠懸町鹿4712-10	0277-46-9746	○	○	○	○
伊勢崎市	伊勢崎市民病院	伊勢崎市連取本町12-1	0270-25-5022	○	○	○	○
	伊勢崎佐波医師会病院	伊勢崎市下植木町481	0270-24-0111				○
	石井病院	伊勢崎市波志江町1152	0270-21-3111			○	○
	鶴谷病院	伊勢崎市境百々421	0270-74-0670				○
	安堀太田町クリニック	伊勢崎市安堀町1904-5	0270-75-2911			○	○
	石原医院	伊勢崎市茂呂町1-552-2	0270-25-1150		○	○	○
	岡本医院	伊勢崎市西上之宮町131-1	0270-25-2504				○
	諏訪内科医院	伊勢崎市国定町2-1835-2	0270-62-3434				○
	都丸内科クリニック	伊勢崎市富塚町215-7	0270-75-1270			○	○
	長沼内科クリニック	伊勢崎市北千木町922-1	0270-21-8880	○	○	○	○
	平野クリニック	伊勢崎市田中島町1461-4	0270-22-1717			○	○
	ほそい医院	伊勢崎市波志江町2695-1	0270-23-8878			○	○
	やまぐち内科医院	伊勢崎市茂呂町2-3512-7	0270-30-3500			○	○
山田内科クリニック	伊勢崎市大手町24-8	0270-23-6666			○	○	
玉村町	資生クリニック	佐波郡玉村町上茂木470-1	0270-50-0800				○
太田市	太田記念病院	太田市大島町455-1	0276-55-2200	○	○	○	○
	有坂医院	太田市龍舞町2072	0276-45-3681			○	○
	飯塚医院	太田市新田木崎町620-1	0276-56-1040	○	○	○	
	太田ハートクリニック	太田市藤阿久町333-1	0276-57-6181				○
	喜多村クリニック	太田市東本町40-30	0276-26-1000	○	○	○	○
	小林クリニック	太田市世良田町1574-1	0276-60-7560	○	○	○	○
	しのはらクリニック	太田市世良田町468-1	0276-52-5501	○	○	○	○
	たきざわ医院	太田市新田赤堀町434-25	0276-55-1010	○	○	○	○
谷口クリニック	太田市城西町765-15	0276-33-7756			○	○	

令和 8 年度 心臓二次検診医療機関一覧表

※受診前に受診予定の医療機関に必ず電話連絡をしてください。

(順不同)

市町村	医療機関名	医療機関所在地	電話番号	対応可能学年			
				小1	小4	中1	高1
渋川市	群馬県立小児医療センター	渋川市北橋町下箱田779	0279-52-3551	○	○	○	○
	北関東循環器病院	渋川市北橋町下箱田740	027-232-7111				○
	青い鳥ファミリークリニック	渋川市行幸田28-5	0279-26-2681	○	○	○	○
	中野医院	渋川市渋川893-33	0279-22-1219		○	○	○
吉岡町	大滝クリニック	北群馬郡吉岡町大久保795-3	0279-30-5800		○	○	○
	岡本内科クリニック	北群馬郡吉岡町大久保3457	0279-20-5353				○
藤岡市	公立藤岡総合病院	藤岡市中栗須813-1	0274-22-3311	○	○	○	○
	鬼石病院	藤岡市鬼石139-1	0274-52-3121	○	○	○	○
	篠塚病院	藤岡市篠塚105-1	0274-23-9261				○
	光病院	藤岡市本郷1045	0274-24-1234	○	○	○	○
	飯塚クリニック	藤岡市下戸塚185-4	0274-40-7700	○	○	○	○
	小山医院	藤岡市中171-3	0274-20-1200	○	○	○	○
	斎藤医院	藤岡市藤岡1545-17	0274-22-0765	○	○	○	○
上野村	上野村へき地診療所	多野郡上野村乙父630-1	0274-59-2034	○	○	○	○
富岡市	公立富岡総合病院	富岡市富岡2073-1	0274-63-2111	○	○	○	○
	久保田クリニック	富岡市中高瀬138-1	0274-89-1160			○	○
	香内医院	富岡市七日市555-1	0274-62-3210	○	○	○	○
	和田クリニック	富岡市七日市450-1	0274-67-5522			○	○
甘楽町	安藤医院	甘楽郡甘楽町福島110-5	0274-74-7717	○	○	○	○
安中市	安中市立碓氷病院	安中市原市1-9-10	027-385-8221				○
	正田病院	安中市安中1-16-32	027-382-1123			○	○
	須藤病院	安中市安中3532-5	027-382-3131			○	○
	本多病院	安中市鷲宮205-1	027-382-1255	○	○	○	○
	さるや内科医院	安中市松井田町人見1104-1	027-384-3681	○	○	○	○
	武井内科循環器科	安中市松井田町松井田831-1	027-393-1005	△※1	△※2	○	○
	みやぐち医院	安中市原市3875	027-384-1126	○	○	○	○
東吾妻町	原町赤十字病院	吾妻郡東吾妻町原町698	0279-68-2711	○	○	○	○
	吾妻脳神経外科循環器科	吾妻郡東吾妻町大字原町760-1	0279-68-5211				○
中之条町	田島病院	吾妻郡中之条町大字中之条町1782	0279-75-3350	○	○	○	○
碓氷村	桜井クリニック	吾妻郡碓氷村西窪30-3	0279-97-3800	○	○	○	○
沼田市	利根中央病院	沼田市沼須町910-1	0278-22-4321	○	○	○	○
	沼田脳神経外科循環器科病院	沼田市栄町8	0278-22-5052	○	○	○	○
館林市	館林厚生病院	館林市成島町262-1	0276-72-3140	○	○	○	○
	つつじのさと内科病院	館林市松原2-522	0276-50-1653				○
明和町	明和セントラル病院	邑楽郡明和町中谷331-1	0276-84-1234	○	○	○	○
大泉町	たなか医院	邑楽郡大泉町住吉55-16	0276-62-2881			○	○

※1 稼働が激しい場合は困難です

※2 小児医療センターに紹介することがあります

令和 8 年度 心臓三次検診医療機関一覧表

※受診前に受診予定の医療機関に必ず電話連絡をしてください。

(順不同)

市町村	医療機関名	医療機関所在地	電話番号	対応可能学年			
				小1	小4	中1	高1
前橋市	群馬大学医学部附属病院	前橋市昭和町3-39-15	027-220-7111				○
	群馬県立心臓血管センター	前橋市亀泉町甲3-12	027-269-7455			○	○
渋川市	群馬県立小児医療センター	渋川市北橋町下箱田779	0279-52-3551	○	○	○	○

〈学校（記入） _____ → 主治医（学校医）〉

西暦 年 月 日

主治医（学校医） 様

学校名 _____

学校医 _____

校長名 _____

腎臓一次検診結果報告書

一次検診結果は下記のとおりでした。

つきましては、二次検診を実施のうえ、その結果を別添様式2により御報告願います。

学年 組

氏名 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 月 日

新規 ・ 既往有 (病名: _____) (忘れずに記入してください。)

第一回 月 日	蛋 白	糖	潜 血	P H	沈 渣				
					赤血球	白血球	上 皮	円 柱	その他
第二回 月 日	蛋 白	糖	潜 血	P H	沈 渣				
					赤血球	白血球	上 皮	円 柱	その他

学校長様
指定三次病院長様

腎臓二次検診結果報告書

※学校で記入

学校名 _____ 年 _____ 組

氏名 _____ 身長 _____ cm 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

性別 男・女 _____ 新規・既往有(病名: _____)

(新規・既往有・病名の記入を忘れずにしてください。)

二次検診実施日 _____ 月 _____ 日

(1) 血圧 _____ / _____

(2) 尿(定性及び沈渣)(必ず実施してください。)

検査月日	採尿方法	蛋白	糖	潜血	P H	沈 渣				
						赤血球	白血球	上皮	円柱	その他
月 日	早朝尿・来院尿									
月 日	早朝尿・来院尿									
月 日	早朝尿・来院尿									

※ 新規の場合は、少なくとも2回以上の検尿(定性及び沈渣)を実施してください。

(3) 尿蛋白/尿クレアチニン比(尿蛋白(1+)以上に実施)

(4) 生化学(医師が必要と判断した場合に実施)

尿蛋白	尿クレアチニン	蛋白/クレアチニン比

血清クレアチニン

※尿蛋白/尿クレアチニン比=尿蛋白定量(mg/dl) / 尿クレアチニン(mg/dl) (正常 0.15未満)

(5) その他(該当に○印を)

腎エコー(実施・未実施) 問診 家族の尿異常(有・無・不明)

<診断区分(該当に○印)>

異常なし

- 異常あり 1: 無症候性血尿 2: 家族性血尿
- 3: 体位性蛋白尿 4: 持続性蛋白尿
- 5: 血尿+蛋白尿 6: 白血球尿
- 7: その他()

<医療面からの区分(該当に○印)>

- 1: 要医療 2: 要観察 3: 経過観察不要 4: 要三次検診

※要医療及び要観察の場合は、下記の「学校生活管理指導表に基づく指導区分」をA~Eまでとしてください。

<学校生活管理指導表に基づく指導区分(該当に○印)>

- A 在宅医療・入院が必要
- B 登校はできるが運動不可
- C 軽い運動可
- D 中等度の運動も可
- E 強い運動も可
- F 管理不要

※A~Cの場合は、必ず三次検診医療機関を紹介してください。

※「管理不要」の場合、医師による「学校生活管理指導表」(様式11)への記載は不要です。

上記のとおり報告します。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____
主治医(学校医)名 _____

<学校 (記入) _____> 指定三次病院

西暦 年 月 日

指定三次病院長 様

学校名 _____

学校医 _____

校長名 _____

腎臓・糖一次検診結果報告書

一次検診結果は下記のとおりでした。

つきましては、三次検診を実施のうえ、その結果を様式4により御報告願います。

_____ 学年 組

氏名 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 月 日

新規・既往有(病名: _____) (忘れずに記入してください。)

第一回 月 日	蛋 白	糖	潜 血	P H	沈 渣				
					赤血球	白血球	上 皮	円 柱	その他
第二回 月 日	蛋 白	糖	潜 血	P H	沈 渣				
					赤血球	白血球	上 皮	円 柱	その他

< 病院(記入) → 学校 >

学校長 様

三次検診結果報告書

※学校で記入

氏 名

学校名

診 断 名

一次検診からの該当(ア、イ、ウ)に○をつけてください。

腎臓検診: ア 一次検診 → 二次検診 → 三次検診

イ 一次検診 → 直接三次検診

糖 検 診: ウ 一次検診 → 三次検診

検診実施日 (月 日)

(1) 血 圧

(2) 身 長

cm

体 重

kg

(3) 尿検査

月日	採尿方法	定性試験				定量試験			沈 渣				備 考
		蛋白	糖	潜血	PH	蛋白	クレアチニン	尿蛋白/クレアチン比	赤血球	白血球	円柱	その他	
/	早朝尿・来院尿												
/	早朝尿・来院尿												
/	早朝尿・来院尿												

※尿蛋白/尿クレアチニン比=尿蛋白定量(mg/dl)/尿クレアチニン(mg/dl) (正常 0.15未満)

(4) 血液・尿検査

ヘモグロビン

(g/dl)

BUN

(mg/dl)

Cr

(mg/dl)

Tchol

(mg/dl)

C3

(mg/dl)

C4

(mg/dl)

IgG

(mg/dl)

IgA

(mg/dl)

ASO

(IU/ml)

尿Cr

(mg/dl)

尿β2マイクログロブリン

(μg/L)

尿Ca

(mg/dl)

その他検査

(5) 超音波検査

左腎

cm

右腎

cm

その他の異常所見:

(6) 腎生検(施行した場合は所見を記入してください。)

(7) 尿糖陽性者に対して次の検査を行ってください。

血糖

HbA1c

OGTT(必要な場合)

<三次検診後の措置方法(相当する事項を○で囲ってください)>

1 入院加療

2 通院加療または経過観察

3 経過観察不要

4 その他(他医への紹介等)

<学校生活管理指導表に基づく指導区分>

A在宅医療・入院要

B登校可但し運動不可

C軽い運動可

D中等度の運動可

E強い運動可

F管理不要

※「管理不要」の場合、医師による「学校生活管理指導表」(様式11)への記載は不要です。

西暦

年

月

日

医療機関名

医師名

<学校（記入）—————>主治医

西暦 年 月 日

主治医 様

学校名 _____

学校医 _____

校長名 _____

腎臓・糖一次検診結果報告書

一次検診結果は下記のとおりでした。

つきましては、検診を実施のうえ、その結果を別添様式6により御報告願います。

学年 組

氏名 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 月 日

第一回 月 日	蛋 白	糖	潜 血	P H	沈 渣					
					赤血球	白血球	上 皮	円 柱	その他	
第二回 月 日	蛋 白	糖	潜 血	P H	沈 渣					
					赤血球	白血球	上 皮	円 柱	その他	

< 主 治 医 (記 入) → 学 校 >

学校長 様
指定三次病院長 様

主治医検診結果報告書

※学校で記入

氏 名

学 校 名

診 断 名

一次検診等からの該当(ア、イ)に○をつけてください。

検診実施日 (月 日)

腎臓検診: ア 一次検診 → 主治医検診

(1) 血 圧

糖 検 診: イ 一次検診 → 主治医検診

(2) 尿検査

月日	採尿方法	定性試験				定量試験			沈 渣				備考	
		蛋白	糖	潜血	PH	蛋白	クレアチニン	尿蛋白/クレアチニン比	赤血球	白血球	円柱	その他		
/	早朝尿・来院尿													
/	早朝尿・来院尿													
/	早朝尿・来院尿													

※尿蛋白/尿クレアチニン比=尿蛋白定量 (mg/dl) /尿クレアチニン (mg/dl) (正常 0.15未満)

(3) その他検査成績

(4) 経過

- 1 不変
- 2 改善
- 3 悪化
- 4 尿異常消失、治癒

※児童生徒の経過に変化があった場合は、この様式及び学校生活管理指導表(様式11)により随時学校長へご連絡下さい。

※4に○がついた場合は次年度以降は一次検診→二次検診の通常の検診の手順で検診を実施してください。

<検診後の措置方法(相当する事項を○で囲ってください)>

- 1 入院加療
- 2 通院加療または経過観察
- 3 経過観察不要
- 4 その他(他医への紹介等)

<学校生活管理指導表に基づく指導区分>

- A 在宅医療・入院要
- B 登校可但し運動不可
- C 軽い運動可
- D 中等度の運動可
- E 強い運動可
- F 管理不要

※「管理不要」の場合、医師による「学校生活管理指導表」(様式11)への記載は不要です。

西暦 年 月 日

医療機関名

医 師 名

心臓検診用調査票及び健康診断票

学校名

※は記入しないでください

※ No.		ふりがな 氏名	男・女	
	年 組 番			年 月 日 生

保護者の方へお願い

子供たちが安心・安全に学校生活を送るためには、子供たちの健康状態の把握が欠かせません。心臓検診は、心疾患の早期発見や適切な治療に結びつけることを目的に実施しており、特に突然死の予防等に役立っています。

この調査は、心臓検診のための重要な資料となりますので、お子様の様子について、必ず保護者の方が正確に記入してください。

記入上の注意：質問1から質問6まであてはまる答えを○で囲み、下線()内に必要事項を書き入れてください。

質問1 今までに医師から、もしくは検診で心臓に異常があると言われたことがありますか？

いいえ はい

↓

心臓に異常があると言われた後、検査を受けましたか？

いいえ はい 「はい」の方は下記の①～⑤の質問にお答えください

①何と言われましたか？(あてはまる番号に○をつけて詳しい病名を()内にご記入ください)

1. 先天性心臓病 2. 心臓弁膜症 3. 不整脈 4. 心臓肥大 5. 心雑音
6. その他 () (詳しい病名)

②いつ、どこで言われましたか？

(歳 ヶ月ころ) (病院名:) (検診で)

③心臓の手術は受けましたか？

1. はい → いつどこで受けましたか？ (病名)

2. いいえ (実施日: 年 月 日・ 歳ころ) (病院名:)

④カテーテル検査・治療は受けましたか？

1. はい → いつどこで受けましたか？ (術式)

2. いいえ (実施日: 年 月 日・ 歳ころ) (病院名:)

⑤現在はどうしていますか？(あてはまる番号に○をつけてください)

1. 定期的に検査を受けている (かかっている病院)

2. 精密検査の結果、異常がなかった (かかった病院)

3. 医師から検査や治療は必要ないと言われた (かかった病院)

4. 検査や治療が必要と言われているが受けていない

質問2 川崎病と言われたことがありますか？

いいえ はい 「はい」の方は①～⑤の質問にお答えください

①いつこの病院で言われましたか？

(歳 ヶ月ころ) (病院名:)

②心臓に後遺症がありますか？(「はい」の時はあてはまる記号に○をつけてください)

1. はい → a. 冠動脈瘤がある b. 冠動脈に拡張がある
2. いいえ c. 心筋梗塞を起こしている d. 冠動脈に一時的な拡張があった

③心エコー検査(超音波検査)を受けたことがありますか？

1. はい → 最近いつ受けましたか？

2. いいえ (実施日: 年 月 日・ 歳ころ) (病院名:)

3. わからない

④冠動脈造影検査(カテーテル検査・CT検査)は受けましたか？

1. はい → いつどこで受けましたか？

2. いいえ (実施日: 年 月 日・ 歳ころ) (病院名:)

⑤現在はどうしていますか？(あてはまる番号に○をつけてください)

1. 定期的に検査を受けている (かかっている病院)

2. 検査の結果異常なく、今後は受診の必要はないと言われた (かかった病院)

3. 検査や治療が必要と言われているが受けていない

質問3 お子さんの血縁者(両親、兄弟姉妹)のうち次の人はいますか？

いいえ はい 「はい」の方はあてはまる番号に○をつけてください

1. 45歳以下で心臓疾患より突然死した人 (続柄 年齢)

2. 50歳以下で心臓病の人(上記の1を除く) (続柄 年齢)

質問4 最近のお子さんの様子について次の症状がありますか？

いいえ はい 「はい」の方はあてはまる番号すべてに○をつけてください

1. 疲れやすい 2. 動悸や息切れがする 3. 時々脈が途切れる(不整脈)

4. 脈が急にいつもの倍くらい早くなることもある 5. 少しの運動でうすぐまる

6. 胸がしめつけられるようなことがある

7. その他気になる症状がありましたらご記入ください()

質問4までの記入が終わりましたら、裏面の質問5・6のご記入をお願いします。

ご家庭でご記入ください

ご家庭でご記入ください

質問5 お子さんが気を失った(失神)ことがありますか？

〔「気を失ったことがある」には、急に意識を失ったり、急にボーッととして反応がなくなったり、急にひきつけを起こしたり、プールや海水浴の最中に急におぼれかかったりしたことなどが含まれます〕

いいえ はい 「はい」の方は①～④の質問にお答えください

①お子さんが初めて気を失ったのはいつですか？ (歳 ヶ月ころ)

②その後同様なことがありましたか？

1. ある(回) いつ?(歳、 歳、 歳、 歳)
2. ない

③どんなときに気を失いましたか？(あてはまる記号すべてに○をつけてください)

- | | | |
|---|---------------------|--------------|
| a. プール・海水浴の最中に | b. マラソン・長距離走をしている時に | c. 駆け足・早足の時に |
| d. 歩行中に | e. 自転車に乗っている時に | f. 運動のすぐあとで |
| g. 教室の授業中に | h. 急に立ち上がった時に | i. 長く立っていた時に |
| j. 頭を打った時に | k. 自宅で | l. 休み時間に |
| m. その他運動中に(サッカー・ラグビー・バスケットボール・相撲・重量挙げ・レスリング・スキー・登山、他) | n. その他() | |

④その時どうしましたか？

1. そのまま様子を見ていた
2. 医師の診察を受けた

医師からは、どのように診断されましたか？(あてはまる記号に○をつけてください)

- | | | |
|-----------------|----------------|-------------------|
| a. ひきつけ(熱性けいれん) | b. 小児てんかん | c. たちくらみ(起立性調節障害) |
| d. 脳しんとう | e. アダムスストークス発作 | f. 不整脈 |
| g. 脳貧血 | h. 低酸素発作 | i. QT延長症候群 |
| j. 完全房室ブロック | k. 洞機能不全 | l. 心筋炎・心筋症 |
| m. その他() | n. わからない | |

質問6 運動はしていますか？(あてはまる数字に○をつけてください)

いいえ はい
 ↓ 1. 学校の部活動(クラブ) (種目:) ※入部予定の部活も含みます
 ↓ 2. 学校外のスポーツ (種目:)

ご家庭でご記入ください

学校記入欄

身体測定値

身長

cm

体重

kg

1. 定期健診により学校生活管理指導表が提出されている児童・生徒はその管理の状況を記入してください

診断名		診断日	年 月 日
学校生活 指導区分	A. B. C. D. E.	医療機関名	
	管理不要	医師名	

2. 心臓以外の病気の既往(病名: 受診した医療機関名:)

3. 学校における健康観察の状況

A) 養護教諭及び担任の所見

1. 病欠が多い
2. 顔色が悪い
3. 元気がない
4. 疲れやすい
5. 長く立っていると気持ちが悪くなる
6. 少しの運動で動悸がする
7. 息切れがする
8. 気を失ったことがある
9. 少しの運動でうすぐまる
10. その他()

B) 校医の所見

1. チアノーゼがある
2. 浮腫がある
3. 異常心音、心雑音の有無 (あり ・ なし)
4. 胸部写真で心臓異常 (あり ・ なし)
5. その他()

X線撮影番号

検査結果

判定区分

心電図所見

心音図所見

胸部X線所見

判定所見

1. 要三次検診
2. 要二次検診
3. 要定期検診
4. 健康注意
5. 異常なし

← 裏面

備考欄

備考欄

学 → 医

担当医 様

心臓 _____ 検診の実施について (依頼)

学校名 _____

学年組	番号	氏名	性別
____年	____組	_____	_____

生年月日

上記の者は心臓検診の結果

と判定され、要 _____ 検診となりましたのでよろしくお願ひします。
 なお、学校生活管理指導表に基づく指導区分の指示も併せてお願ひします。

西暦 年 月 日

学校医 _____

学校長 _____

医 → 学

心臓 _____ 検診の結果報告書

学年組	番号	氏名	性別
____年	____組	_____	_____

の結果について、次のとおり報告します。

- 1 診断名
- 2 今後の処置、あるいは特に留意すべき事項
(次回受診 年 月 日 後)
- 3 三次検診の必要 (あり・なし) (ただし二次検診の場合)
- 4 学校生活管理指導表による指導区分

指導区分	A	B	C	D	E	管理不要
------	---	---	---	---	---	------

※「異常なし」の場合は、「管理不要」にしてください。

また、「管理不要」の場合は、医師による「学校生活管理指導表」(様式 11)への記載は不要です。

西暦 年 月 日

校長様医療機関名
医師

注 1) この様式は、検査機関から個人毎の所要事項が電算出力されますので、そのまま使用してください
 注 2) 検査機関から結果が送付される前に三次検査を受診する場合又は二次検診後に精密検診を指示された場合は、手書きにより作成してください。

心疾患管理カード

氏名	生年月日 年 月 日		住所	
	小学校		診断名	
学	中学校			
	校	義務教育学校		医療機関名
中等教育学校				
名	高等学校		所在地	
	特別支援学校			
手術年月日 (医療機関名)			年 月 日手術 ()	
定期検査の記録	受診年月日	指導区分	医療機関 (主治医名)	備考
特記事項				

学校生活管理指導表 (小学生用)

西暦、年、月、日

※学校で記入

氏名 _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才 _____ 学校名 _____ 学年 _____ 組 _____ 学校医 _____

①診断名(所見名)

②指導区分
要管理：A・B・C・D・E ()
管理不要：可 (ただし、)
③運動クラブ活動 () クラブ ()
④次回受診 () 年 () 月 () 日 () カ月後
または異常があるとき

医療機関 _____

医師 _____

【指導区分：A・・・在宅医療・入院が必要 B・・・登校はできるが運動は不可 C・・・軽い運動は可 D・・・中等度の運動まで可 E・・・強い運動も可】

体育活動	運動強度	軽い運動 (C・D・Eは "可")	中等度の運動 (D・Eは "可")	強い運動 (Eのみ "可")
* 体づくり運動	1・2年生	体のバランスをとる運動遊び(寝転ぶ、起きる、座る、立つなどの動きで構成される遊びなど)	用具を操作する運動遊び(用具を持つ、降ろす、回す、転がす、くぐるなどの動きで構成される遊びなど)	体を移動する運動遊び(這う、走る、跳ぶ、はねるなどの動きで構成される遊び)、力試しの運動遊び(人を押す、引く、運ぶ、支える、力比べで構成される遊び)
つくり運動	3・4年生	体のバランスをとる運動(寝転ぶ、起きる、座る、立つ、ケンケンなどの動きで構成される運動など)	用具を操作する運動(用具をつかむ、持つ、回す、降ろす、なわなどの動きで構成される遊びなど)	体を移動する運動(這う、走る、跳ぶ、はねるなどの動きで構成される運動)、力試しの運動(人を押す、引く動きや力比べをする動きで構成される運動)、基本的な動きを組み合わせた運動
陸上運動系	5・6年生	体の柔らかさを高める運動(ストレッチングを含む)、軽いウォーキング	巧みな動きを高めるための運動(リズムに合わせての運動、ポール・輪・棒を使った運動)	動きを継続する能力を高める運動(短なわ、長なわ跳び、持久走)、力強い動きを高める運動
陸上運動系	1・2年生	いろいろな歩き方、ゴム跳び遊び	ケンパー跳び遊び	全力でのかけっこ、折り返しリレー遊び、低い障害物を用いてのリレー遊び
陸上運動系	3・4年生	ウォーキング、軽い立ち幅跳び		全力でのかけっこ、周回リレー、小型ハードル走、短い助走での幅跳び及び高跳び
陸上運動系	5・6年生		ゆつくりとしたジョギング、軽いジャンプ動作(幅跳び・高跳び)	全力での短距離走、ハードル走、助走をした走り幅跳び、助走をした走り高跳び
ボール運動系	1・2年生	その場でボールを投げたり、ついたり、捕ったりしながら行う的当て遊び	ボールを蹴ったり止めたりして行う的当て遊びや蹴り合い、陣地を取り合うなどの簡単な見遊び	ゲーム(試合)形式
ボール運動系	3・4年生	基本的な操作(パス、キャッチ、キック、ドリブル、シュート、ハットイングなど)	簡易ゲーム(場の工夫、用具の工夫、ルールの工夫を加え、基本的操作を踏まえたゲーム)	
ボール運動系	5・6年生		ジャンクルジムを使った運動遊び	マット、鉄棒、跳び箱を使った運動遊び
器械運動系	1・2年生	基本的な動作	基本的な動作	
器械運動系	3・4年生	マット(前転、後転、壁倒立、ブリッジなどの部分的な動作)、跳び箱(開脚跳びなどの部分的な動作)、鉄棒(前回り下りなどの部分的な動作)	マット(前転、後転、開脚前転・後転、壁倒立、補助倒立など)、跳び箱(短い助走での開脚跳び、抱え込み跳び、台上前転など)、鉄棒(補助逆上がり、転向前下り、前方支持回転、後方支持回転など)	連続技や組合せの技
器械運動系	5・6年生		水に慣れる遊び(水かけっこ、水につかっの電車ごっこなど)	水につかっのりレー遊び、バブリング・ボビングなど
水泳系	1・2年生		浮く運動(伏し浮き、背浮き、くらは浮きなど)、泳ぐ動作(はた足、かえる足など)	補助具を使ったクロール、平泳ぎのストロークなど
水泳系	3・4年生		まねっこ遊び(鳥、昆虫、恐竜、動物など)	クロール、平泳ぎ
水泳系	5・6年生		その場での即興表現	リズム遊び(弾む、回る、ねじる、スキップなど)
表現運動系	1・2年生		雪遊び、水遊び	変化のある動きをつなげた表現(ロック、サンバなど)
表現運動系	3・4年生			強い動きのある日本の民謡
表現運動系	5・6年生			スキー・スケートの滑走など
雪遊び、水遊び、スキー、スケート、水辺活動				スキー・スケートの滑走など
文化的活動		体力の必要な長時間の活動を除く文化活動	右の強い活動を除くほとんどの文化活動	体力を相当使って吹く楽器(トランペット、トロンボーン、オーボエ、バスーン、ホルンなど)、リズムのかなり速い曲の演奏や指揮、行進を伴うマーチングバンドなど

▼運動会、体育祭、球技大会、新体力テストなどは上記の運動強度に準ずる。
▼指導区分、「E」以外の児童の過足、宿泊学習、修学旅行、林間学校、随海学校などの参加については不明な場合は学校医・主治医と相談する。
▼陸上運動系・水泳系の距離(学習指導要領参照)については、学校医・主治医と相談する。

学校行事、その他の活動

その他注意すること

*新体力テストで行われるシャトルラン・持久走は強い運動に属することがある。

・学校生活管理指導表について

学校生活管理指導表では、教科体育に掲げられている前運動種目を取り上げ、その種目への取組方によって強度を分類しています。
この管理指導表は、小学校と中学校及び高等学校では、運動種目の呼称等が大きく異なるため、小学生用と中・高校生用に分けて作成しています。

・指導区分について

A：在宅医療・入院が必要

B：登校は出来るが、運動は不可

C：「同年齢の平均的児童生徒にとっての」軽い運動には参加可

D：「同年齢の平均的児童生徒にとっての」中等度の運動も可

E：「同年齢の平均的児童生徒にとっての」強い運動も可

・運動強度の定義

(1) 軽い運動

同年齢の平均的児童生徒にとって、ほとんど息がはずまない程度の運動。

球技では、原則としてフットワークを伴わないもの。

(2) 中等度の運動

同年齢の平均的児童生徒にとって、少し息がはずむが、息苦しくはない程度の運動。

パートナーがいれば、案に会話ができる程度の運動。

(3) 強い運動

同年齢の平均的児童生徒にとって、息がはずみ息苦しさを感じるほどの運動。

等尺運動の場合は、動作時に歯を食いしばり、大きなかけ声を伴う、動作中や動作後に顔面の紅潮及び呼吸促進を伴うほどの運動。

注) 等尺運動：関節を動かさないうで、筋肉に力を入れる運動

・運動部(クラブ)活動について

すべての運動部に制限なく参加できる場合は、運動種目や参加内容を規定せず、「可」に○をつけてください。

制限がある場合は、()内に参加できる活動を記載してください。

注) 運動部活動欄の記載にあたって

学校差や個人差が大きいことを考え、運動の種目のみで参加の可否を決定できませんので、それぞれの児童生徒の部活動の状況を確認して記入してください。

また、運動部活動は、選手としての参加のほか、記録係など強い身体活動を要求されない担当部署への参加もあることを鑑み、指導区分がC及びDの児童生徒にも参加形態の条件をつけて参加の機会を与えてください。

・その他の学校行事などについて

一覧表に例示されていない体力テストや学校行事も、運動強度の定義を参考に、同年齢の平均的な児童生徒にとって、その活動がどの運動強度に属する程度のものであるかを考慮して、各指導区分の児童生徒の参加の可否を決定してください。

・学校生活管理指導表について

学校生活管理指導表では、教科体育に掲げられている前運動種目を取り上げ、その種目への取組方によって強度を分類しています。
この管理指導表は、小学校と中学校及び高等学校では、運動種目の呼称等が大きく異なるため、小学生用と中・高校生用に分けて作成しています。

・指導区分について

- A：在宅医療・入院が必要
- B：登校は出来るが、運動は不可
- C：「同年齢の平均的児童生徒にとっての」軽い運動には参加可
- D：「同年齢の平均的児童生徒にとっての」中等度の運動も可
- E：「同年齢の平均的児童生徒にとっての」強い運動も可

・運動強度の定義

- (1) 軽い運動
同年齢の平均的児童生徒にとって、ほとんど息がはずまない程度の運動。
球技では、原則としてフットワークを伴わないもの。
- (2) 中等度の運動
同年齢の平均的児童生徒にとって、少し息がはずむが、息苦しくはない程度の運動。
パートナーがいれば、楽に会話ができる程度の運動。
- (3) 強い運動
同年齢の平均的児童生徒にとって、息がはずみ息苦しさを感ずるほどの運動。
等尺運動の場合は、動作時に歯を食いしばり、大きなかけ声を伴う、動作中や動作後に顔面の紅潮及び呼吸促進を伴うほどの運動。
注) 等尺運動：関節を動かさないうで、筋肉に力を入れる運動

・運動部(クラブ)活動について

すべての運動部に制限なく参加できる場合は、運動種目や参加内容を規定せず、「可」に○をつけてください。

制限がある場合は、() 内に参加できる活動を記載してください。

注) 運動部活動欄の記載にあたって

学校差や個人差が大きいことを考え、運動の種目のみで参加の可否を決定できませんので、それぞれの児童生徒の部活動の状況を確認して記入してください。

また、運動部活動は、選手としての参加のほかに、記録係など強い身体活動を要求されない担当部署への参加もあつことを鑑み、指導区分がC及びDの児童生徒にも参加形態の条件をつけて参加の機会を与えてください。

・その他の学校行事などについて

一覧表に例示されていない体力カテラストや学校行事も、運動強度の定義を参考に、同年齢の平均的な児童生徒にとって、その活動がどの運動強度に属する程度のものであるかを考慮して、各指導区分の児童生徒の参加の可否を決定してください。

思 春 期 貧 血 調 査 票

西暦 年 月 日

学 校 名	年 組			
氏 名・年 齢	年 月 日生 (満 才)			
身 体 計 測	区 分	前年度計測値	本年度計測値	1年間の増加量
	身 長	cm	cm	cm
	体 重	kg	kg	kg
食 事 の よ う す	偏 食	な い 有 る き ら い な も の [肉 類 豆 類 野 菜 牛 乳 乳 製 品 そ の 他]		
	朝 食	毎 日 食 べ る	時 々 食 べ な い	毎 日 食 べ な い
	お か ず の 量	多 い 方	普 通	少 な い 方
最 近 の 身 体 の よ う す	め ま い	な い	時 々 有 る	い つ も 有 る
	た ち くら み	な い	時 々 有 る	い つ も 有 る
	ど う き	な い	時 々 有 る	い つ も 有 る
	い き ぎ れ	な い	時 々 有 る	い つ も 有 る
	つ か れ	な い	つ か れ や す い	い つ も つ か れ る
	集 会 の と き た お れ た こ と	な い	時 々 た お れ る	い つ も た お れ る
※ 学 校 で の よ う す	集 中 力	あ る	普 通	そ の 他 ()
	ね ば り つ よ さ	あ る	普 通	そ の 他 ()
	行 動	敏 じ ょ う	普 通	そ の 他 ()
	病 気 欠 席	な い	あ る (日 : 主 な 病 気)	
※ 検 査 結 果	血 色 素 (Hb)	g / d l		
	へ マ ト ク リ ッ ト (Ht)	%		
	(参 考) 基 準 値	ヘモグロビン (Hb) 値…12.1~16.0 (g / d l) ヘマトクリット (Ht) 値…36.1以上 (%) ※参考基準値内外に関わらず症状がある場合には医師への相談等を推奨します。		
備 考	(参考) 基準値の出典: 「公益財団法人群馬県健康づくり財団」			

- 記入上の注意
- ※印欄は学校で記入してください。
 - 身体計測値は定期健康診断時のものを記入し比較する。
 - 偏食の欄のきらいなものは、該当するもの全部に○印をつける。
 - 備考欄には病気のこと、その他特記事項について記入する。
 - 各欄とも該当するところに○印を () 内にはそれぞれ該当する事項を記入する。

腎臓二次、三次・主治医検診結果報告者名簿

年度

学校名

様式13-1

番号	※7・8・9・10 腎臓二次・主治医・三次 検診等 対象者氏名	学 年	※7 腎臓 二次 検 診		※8・9 腎 臓 主 治 医 ・ 三 次 検 診		措置方法		主治医・三次の別 担当医等	カード 有 無	※10直接三次検診 蛋白2+ 潜血2+以上
			断 名	診 断 名	措置区分	管理 区分	措置方法				
1			1 無症候性血尿 3 体位性蛋白尿 5 血尿+蛋白尿 27 その他() 51 異常なし	2 家族性血尿 4 持続性蛋白尿 6 白血球尿 60 未受診	A・B C・D E・不	1 入院加療 2 通院加療又は経過観察 3 経過観察不要 4 その他(他医への紹介等) 管理区分 A B C D E 不要	主治医 三次				
2			1 無症候性血尿 3 体位性蛋白尿 5 血尿+蛋白尿 27 その他() 51 異常なし	2 家族性血尿 4 持続性蛋白尿 6 白血球尿 60 未受診	A・B C・D E・不	1 入院加療 2 通院加療又は経過観察 3 経過観察不要 4 その他(他医への紹介等) 管理区分 A B C D E 不要	主治医 三次				
3			1 無症候性血尿 3 体位性蛋白尿 5 血尿+蛋白尿 27 その他() 51 異常なし	2 家族性血尿 4 持続性蛋白尿 6 白血球尿 60 未受診	A・B C・D E・不	1 入院加療 2 通院加療又は経過観察 3 経過観察不要 4 その他(他医への紹介等) 管理区分 A B C D E 不要	主治医 三次				
4			1 無症候性血尿 3 体位性蛋白尿 5 血尿+蛋白尿 27 その他() 51 異常なし	2 家族性血尿 4 持続性蛋白尿 6 白血球尿 60 未受診	A・B C・D E・不	1 入院加療 2 通院加療又は経過観察 3 経過観察不要 4 その他(他医への紹介等) 管理区分 A B C D E 不要	主治医 三次				
5			1 無症候性血尿 3 体位性蛋白尿 5 血尿+蛋白尿 27 その他() 51 異常なし	2 家族性血尿 4 持続性蛋白尿 6 白血球尿 60 未受診	A・B C・D E・不	1 入院加療 2 通院加療又は経過観察 3 経過観察不要 4 その他(他医への紹介等) 管理区分 A B C D E 不要	主治医 三次				
6			1 無症候性血尿 3 体位性蛋白尿 5 血尿+蛋白尿 27 その他() 51 異常なし	2 家族性血尿 4 持続性蛋白尿 6 白血球尿 60 未受診	A・B C・D E・不	1 入院加療 2 通院加療又は経過観察 3 経過観察不要 4 その他(他医への紹介等) 管理区分 A B C D E 不要	主治医 三次				
7			1 無症候性血尿 3 体位性蛋白尿 5 血尿+蛋白尿 27 その他() 51 異常なし	2 家族性血尿 4 持続性蛋白尿 6 白血球尿 60 未受診	A・B C・D E・不	1 入院加療 2 通院加療又は経過観察 3 経過観察不要 4 その他(他医への紹介等) 管理区分 A B C D E 不要	主治医 三次				
8			1 無症候性血尿 3 体位性蛋白尿 5 血尿+蛋白尿 27 その他() 51 異常なし	2 家族性血尿 4 持続性蛋白尿 6 白血球尿 60 未受診	A・B C・D E・不	1 入院加療 2 通院加療又は経過観察 3 経過観察不要 4 その他(他医への紹介等) 管理区分 A B C D E 不要	主治医 三次				

※一次検診(検尿)の結果、潜血・蛋白等での二次検診、主治医検診・三次検診、直接三次検診の対象者すべてを名簿に記入し、該当箇所に○をつけてください。(継続検診対象者は、様式13-2に記入。)

【上記で、5血尿+蛋白尿と1234の血尿及び蛋白尿は明確に区別してください。「異常なし」の者は、「51 異常なし」に○を、「未受診」の者は「60 未受診」に○をつけてください。】

※主治医検診対象者結果は、主治医・三次検診欄に記入し、主治医・三次の別担当医欄の「主治医」に○をつけてください。

※二次検診(主治医検診)を受診し、その後三次検診も受診した児童生徒については、両方(※7・※8・9)の欄に記入してください。

※直接三次検診対象者は、主治医・三次検診欄に記入し、最後の欄(※10)「蛋白3+以上」か「蛋白2+以上・潜血2+以上」のどちらかに○をつけてください。

糖尿病 三次・主治医 検査結果報告者名簿

様式13-2

年度 _____ 学校名 _____

番号	糖検診対象者氏名	学年	糖尿病 三次・主治医 検査		措置方法	三次・主治医の別担当医等	カード有無
			診断名				
1			28 腎性糖尿		1 入院加療 2 通院加療又は経過観察 3 経過観察不要 4 その他(他医への紹介等) 管理区分 ABCDE 不要	主治医 三次	
			29 1型糖尿	30 2型糖尿			
			31 境界型糖尿病	32 その他の糖尿病			
			51 異常なし (その他)	60 未受診			
2			28 腎性糖尿		1 入院加療 2 通院加療又は経過観察 3 経過観察不要 4 その他(他医への紹介等) 管理区分 ABCDE 不要	主治医 三次	
			29 1型糖尿	30 2型糖尿			
			31 境界型糖尿病	32 その他の糖尿病			
			51 異常なし (その他)	60 未受診			
3			28 腎性糖尿		1 入院加療 2 通院加療又は経過観察 3 経過観察不要 4 その他(他医への紹介等) 管理区分 ABCDE 不要	主治医 三次	
			29 1型糖尿	30 2型糖尿			
			31 境界型糖尿病	32 その他の糖尿病			
			51 異常なし (その他)	60 未受診			
4			28 腎性糖尿		1 入院加療 2 通院加療又は経過観察 3 経過観察不要 4 その他(他医への紹介等) 管理区分 ABCDE 不要	主治医 三次	
			29 1型糖尿	30 2型糖尿			
			31 境界型糖尿病	32 その他の糖尿病			
			51 異常なし (その他)	60 未受診			
5			28 腎性糖尿		1 入院加療 2 通院加療又は経過観察 3 経過観察不要 4 その他(他医への紹介等) 管理区分 ABCDE 不要	主治医 三次	
			29 1型糖尿	30 2型糖尿			
			31 境界型糖尿病	32 その他の糖尿病			
			51 異常なし (その他)	60 未受診			
6			28 腎性糖尿		1 入院加療 2 通院加療又は経過観察 3 経過観察不要 4 その他(他医への紹介等) 管理区分 ABCDE 不要	主治医 三次	
			29 1型糖尿	30 2型糖尿			
			31 境界型糖尿病	32 その他の糖尿病			
			51 異常なし (その他)	60 未受診			
7			28 腎性糖尿		1 入院加療 2 通院加療又は経過観察 3 経過観察不要 4 その他(他医への紹介等) 管理区分 ABCDE 不要	主治医 三次	
			29 1型糖尿	30 2型糖尿			
			31 境界型糖尿病	32 その他の糖尿病			
			51 異常なし (その他)	60 未受診			
8			28 腎性糖尿		1 入院加療 2 通院加療又は経過観察 3 経過観察不要 4 その他(他医への紹介等) 管理区分 ABCDE 不要	主治医 三次	
			29 1型糖尿	30 2型糖尿			
			31 境界型糖尿病	32 その他の糖尿病			
			51 異常なし (その他)	60 未受診			

※一次検査(検尿)の結果、糖尿等と判断された三次・主治医検査の対象者すべてを名簿に記入し、該当個所に○をつけてください。

【結果、28~60以外の「その他」の診断が出た場合は()にその診断名を、「異常なし」の者は、「51 異常なし」に○を、「未受診」の者は「60 未受診」に○をつけてください。】

※三次・主治医の別の欄はどちらから該当する方に○をつけてください。

※腎疾患管理カードを作成済みの者は、カード有無欄に○をつけてください。(ただし、小1に限り、カードの有無ではなく、既往歴のある場合に○をつけてください)

腎臓検診結果調査票

様式14-1

年度： 市町村名（学校名）

検査機関：

種別	第一回検原										第二回検原									
	※1 全対象者数 (在籍者数)	※2 受診者数	異常あり (有見)	有所見内訳			受診者数	異常あり (有見)	有所見内訳			※5 白血球								
				※3 潜血のみ	※4 蛋白のみ	※5 潜血+蛋白			※6 白血球	※3 潜血のみ	※4 蛋白のみ		※5 潜血+蛋白							
小学校																				
中学校																				
高等学校	全日制																			
	定時制																			
特別支援学校	計																			
	小学部																			
	中学部																			
	高等部																			
計																				

記入上の留意点（一次検診）

① 「※1 対象者数」は、在籍者数を記入してください。

② 「※2 受診者数」は、在籍者の中で受診した児童生徒数を記入してください。

【上記「※1、※2」は、基本的に「様式14-2」の「※1、※2」と同数になります。】

③ 「※3 潜血のみ」は、※5と区別して「潜血のみ」者数を記載してください。

④ 「※4 蛋白のみ」は、※5と区別して「蛋白のみ」者数を記載してください。

⑤ 「※5 潜血+蛋白」は、※3 ※4と区別して「潜血」と「蛋白」が両方出ている者の数を記載してください。

種別	二次検診・主治医検診・三次検診・直接三次検診																			
	※7・8・9・10 二次検診以降 全対象者数 (合計)	※7 二次検診		※8 主治医検診		※9 三次検診		※10 直接三次検診		受診者数 (合計)										
		対象者数	受診者数	対象者数	受診者数	対象者数	受診者数	対象者数	内訳											
小学校																				
中学校	全日制																			
	定時制																			
高等学校	計																			
	小学部																			
	中学部																			
	高等部																			
計																				

記入上の留意点（二次検診以降）

⑥ 「※7・8・9・10」欄は、二次検診以降の全対象者の合計数です。（※7～10の数値を記入すると自動計算します。）

⑦ 「※7 二次検診」欄へは、その対象者数及び受診者数を記載してください。

⑧ 「※8 主治医」欄へは、その対象者数及び受診者数を記載してください。

⑨ 「※9 三次検診」欄へは、その対象者数及び受診者数を記載してください。

⑩ 「※10 直接三次検診」欄は、一次検診の結果「直接三次検診」の対象者数及び受診者数を記載してください。

※ 本表内数値と、「様式13-1」の数及び添付書類数が一致するよう、確認の上、提出・報告してください。

※ 本シート内の列や行を増減させないでください。（印刷し計算ができなくなるため。）

糖 検 診 結 果 調 査 票

様式14-2

年度：

市町村名(学校名)

検査機関：

種 別	学 年	一 次 検 診			尿糖異常で主治医検診(要管理)		尿糖異常で三次医検診(初診)	
		※1 全対象者数 (在籍者数)	※2 受診者数	糖異常あり (有所見)	対象者数	受診者数	対象者数	受診者数
小 学 校	1年							
	2年							
	3年							
	4年							
	5年							
	6年							
	計							
中 学 校	1年							
	2年							
	3年							
	計							
高等学校	1年							
	2年							
	3年							
	計							
特別支援学校	1年							
	2年							
	3年							
	4年							
	5年							
	6年							
	計							

①糖検診 一次検診の「※1」は、各学年の在籍者数、「※2」は、各学年の一次受診者数。「14-1」の「※1・※2」と基本的に同数となります。
 ②本表内数値と、「様式13-2」の数及び添付書類数が一致するよう、確認の上、提出・報告してください。

心臓検診結果調査票

市町村名 (学校名)

年度:

種別	全対象者数 (在籍者数)	受診者数	異常あり (有所見)	判定区分内訳					区分5 異常なし
				区分1 要 三 次	区分2 要 二 次	区分3 要 定 期	区分4 健 康 注 意	区分5	
小学校	1年								
	4年								
中学校	1年								
	全日制 1年								
高等学校	定時制 1年								
	小学部 1年								
特別支援学校	小学部 4年								
	中学部 1年								
	高等部 1年								

記入上の留意点

- ① 小学校は義務教育学校、中学校は義務教育学校並びに中等教育学校、高等学校は中等教育学校を含みます。
- ② 全対象者数は、5月1日の在籍者数を記入してください。なお、5月1日以降転出入があり、その児童生徒が一次検診を受診した場合は、その人数を追加してください。
- ③ 受診者数は、①の在籍者の中で、一次検診を受診した児童生徒数を記入してください。
- ④ 異常あり(有所見)は、区分1から区分4まで合計した人数と一致するように記入してください。
- ⑤ 区分5異常なしは、一次検診で異常なしと診断された人数を入力してください。

※学校で記入

学校名	年	組	番
氏名	男・女		
学校医名			
保護者名	TEL		
勤務先	TEL		

記載日 西暦 年 月 日

医療機関

医師名

連絡先 (TEL)

要管理者の現在の治療内容

診断名 1. 1型 (インスリン依存型) 糖尿病 2. 2型 (インスリン非依存型) 糖尿病

現在の治療 1. インスリン (ペン型・インスリンポンプ) 注射もしくはボーラス: 1日 回
 昼食前の学校での注射もしくはボーラス (有・無)
 学校での自己血糖値測定 (有・無)
 2. 経口血糖降下薬: 薬品名 () 学校での服用 (有・無)
 3. グルカゴン点鼻粉末剤 (バクスミー®) 処方 (有・無) ※有の場合、裏面へ
 4. ①食事療法 ②運動療法 ③食事・運動療法
 5. 受診回数 回/月

低血糖を起こしやすい時間 ()

学校生活一般: 基本的には健常児と同じ学校生活が可能である

- 食事に関する注意
 - 学校給食 ①制限なし ②お代わりなし ③その他 ()
 - 宿泊学習の食事 ①制限なし ②お代わりなし ③その他 ()
 - 補食 ①定時に (時 食品名)
 - ②必要なときのみ (どういう時)
 - ③必要なし
- 日常の体育活動・運動部活動について
「学校生活管理指導表」を参照のこと
- 学校行事 (宿泊学習、修学旅行など) への参加及びその身体活動
「学校生活管理指導表」を利用し、主治医と十分相談する。
- その他の注意事項

低血糖が起こったときの対応 ※対応は、保護者・主治医と十分相談しておく。

程度	症状	対応
軽度	空腹感、いらいら 手がふるえるなど	ブドウ糖 10g (スティックシュガー-10g や砂糖 10g で代用可) を摂取。 (40kcal=0.5 単位分) →15 分後に血糖値を測定する。
中等度	黙り込む、 冷や汗・蒼白、 異常行動など	ブドウ糖 10g (スティックシュガー-10g や砂糖 10g で代用可) を摂取。 さらに多糖類 10~20g を摂取する (40~80kcal=0.5~1 単位分)。 ビスケットやクッキーなら 2~3 枚、食パンなら 1/2 枚、 小さいおにぎり 1 つなど →15 分後に血糖値を測定する。 症状が改善しなければ、保護者に連絡し、受診を促す。
高度	意識障害、 けいれんなど	①バクスミー指示が「有」の場合、ただちにバクスミー®を点鼻する。 ②保護者・主治医に緊急連絡し、救急車にて主治医または近くの病院に転送する。 ③救急車を待つ間、ブドウ糖やスティックシュガー、砂糖などを口内の頬粘膜になすりつけてもよい。

治療内容や学校生活の注意点等について変更された時は、その都度連絡表を更新して下さい。

グルカゴン点鼻粉末剤（バクスミー®）について

※学校で記入

学校名 _____

児童・生徒名 _____ 年 _____ 組 _____ 番 氏名 _____

当該児童生徒は低血糖発作を惹起する可能性のある治療を継続しております。補食による低血糖改善が困難な場合には、グルカゴン点鼻粉末剤を使用する必要があると想定されます。当該行為は緊急やむを得ない措置として行われるものであり、以下4つの条件を満たす場合は医師法違反とならないと解釈されるため、関係各位に以下の対応をお願いいたします。

(1) 医師から事前説明を受けていること

- ・当該児童生徒は糖尿病治療のため、インスリン注射を継続する必要がありますが、その副反応として低血糖発作を生じることがあります。意識状態が悪く、経口摂取ができず、補食による低血糖改善が困難である重症低血糖の場合には、グルカゴン点鼻粉末剤を使用する必要があります。
- ・様式17-1裏、様式17-2にて、使用の際の留意事項に関する指示を受けていること

(2) 学校におけるグルカゴン点鼻粉末剤（バクスミー®）使用のお願い

- ・低血糖発作時に、意識状態が悪く、経口摂取できない場合には当該児童生徒にグルカゴン点鼻粉末剤を使用してください。その場合は、様式17-1表、様式17-2の指示に従ってください。

※保護者署名

保護者名 _____

(連絡先 TEL) _____

(3) 留意点について

- ・グルカゴン点鼻粉末剤を使用することが認められる児童生徒本人であるか確認すること
- ・グルカゴン点鼻粉末剤の使用の際の留意事項に関する書面の記載事項を遵守すること

(4) 事後指導について

- ・当該児童生徒の保護者又は教職員等は、グルカゴン点鼻粉末剤を使用した後、当該児童生徒を必ず医療機関で受診させること。

※バクスミー®を処方されている場合

意識障害やけいれんを伴う低血糖時の対応

様式17-2

記載日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師名 _____

医療機関 _____

連絡先 (TEL) _____

※学校で記入

学校名 _____ 年 _____ 組 _____ 番 _____ 氏名 _____

保護者連絡先 _____

バクスミー® 校内保管場所 _____

バクスミー® 使用期限 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 ※期限が切れる前に主治医に相談してください。

登下校時の携帯方法等 _____

【対応】

※バクスミー®を使用することが認められる児童生徒本人であることを確認する

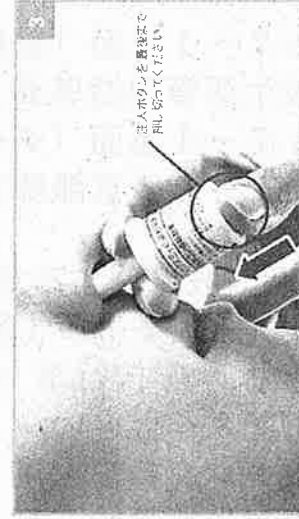
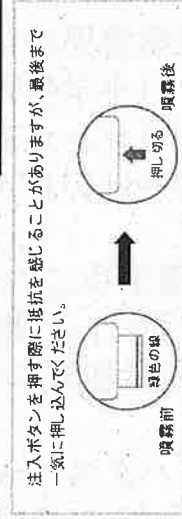
- ①躊躇せず、ただちにバクスミー®を点鼻する。
- ②保護者・主治医に緊急連絡し、救急車にて主治医または近くの病院に転送する。
- ③救急車を待つ間、ブドウ糖やアイソジュガー、砂糖などを口内の頬粘膜になすりつけよう。

低血糖症状が出現した時間をチェック！
症状が改善しても1人にしない。安静にする！

※当該児童生徒が自ら投与できないうちは、代わりに園・学校の職員が投与可能です。その際、医師法など法律には抵触しません。

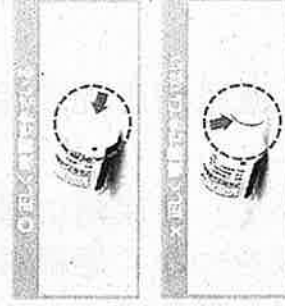
バクスミー®点鼻粉末剤の使い方

注入ボタン操作時のポイント



「使い方説明動画」
https://youtu.be/T8eRoW9_pRA

噴霧完了の確認



緑色の線が見えている状態では噴霧できていません。緑色の線が見えている場合には、再度②からやり直し、噴霧後に緑色の線が見えなくなっことを確認してください。

主治医 様
保護者 様

糖尿病患児の治療・緊急連絡法等の連絡表について

学校において、糖尿病に罹患する児童生徒に適切に対応していくために必要な主治医と学校をつなぐ連絡表です。学校での生活等についての連絡には、以下の書類を御提出ください。

- *様式17-1表面「糖尿病患児の治療・緊急連絡法等の連絡表」
- *「学校生活管理指導表」（小学生用と中学・高校生用の2種類あり）
- *様式17-1裏面「グルカゴン点鼻粉末剤（バクスミー®）について」
- *様式17-2「意識障害やけいれんを伴う低血糖時の対応」

学校生活一般に関する注意事項については、「糖尿病患児の治療・緊急連絡法等の連絡表（様式17-1表面）」に御記入いただき、日常の体育活動や運動部（クラブ）活動、学校行事への参加等については、各疾患共通の「学校生活管理指導表」に御記入ください。

グルカゴン点鼻粉末剤（バクスミー®）を処方した場合には、様式17-1裏面「グルカゴン点鼻粉末剤（バクスミー®）について」、様式17-2「意識障害やけいれんを伴う低血糖時の対応」に必要な対応等を御記入ください。

御記入後は、学校へお渡しください。

腎・糖尿疾患管理カード（様式7）の取扱い要領

1 記入方法

- (1) 二次又は三次検診で、異常ありと診断された児童生徒について作成する。
- (2) 学校は毎年、定期健康診断の尿検査及び医療機関の定期検査の結果を記入する。
- (3) 「学校名」については、進学又は転校の都度記入する。
- (4) 「暫定診断」については、二次検診における診断名を記入する。ただし、既に診断が確定した児童生徒については不要とし、併せて措置区分のうち該当するものについて○で囲み、管理区分があれば記入する。
- (5) 「確定診断」については、確定した診断名を記入する。
- (6) 診断名が変更された場合は、朱書きによって訂正する。
- (7) 「既往歴」、「家族歴」、及び「治療・入院歴」については該当があれば学校で記入する。
- (8) 「学校検尿記録」については、毎年学校で実施する尿検査の最終結果を記入する。
- (9) 定期的に受診している児童生徒については、各年度の最初の検査結果を、「経過観察・治療記録」に記入する。記載内容については、診断名、服薬の有無及び検査項目のうち、血糖等の結果とする。また、「医療区分及び指導区分」については必ず確認し、記入する。

2 取扱方法

- (1) 当該児童生徒が転校又は進学した場合は、カードを進（転）学校あて送付する。
- (2) 中等教育学校、高等学校を卒業した生徒（中途退学者を含む。）又は中学校卒業後高等学校へ進学しなかった生徒のカードについては、卒業時に当該生徒に返却する。
- (3) 担当医師が管理不要と診断した児童生徒についても、当該校卒業までカードを保管し、定期健康診断の尿検査の結果を記入する。この場合においてもカードの取扱いは、上記（1）及び（2）に準ずるものとする。

心疾患管理カード（様式10）の取扱い要領

- 1 学校では、医療機関における定期健康診断等の結果が提出される毎に、指導区分等を記入し、適切な事後管理を行う。
- 2 当該児童生徒が転校又は進学した場合は、カードを進（転）学校あて送付する。
- 3 中等教育学校、高等学校を卒業した者（中途退学者を含む。）又は中学校卒業後高等学校へ進学しなかった児童生徒のカードについては、卒業時に当該生徒に返却する。
- 4 担当医師が管理不要と診断した児童生徒についても、当該校卒業までカードを保管する。この場合においてもカードの取扱いは、2及び3に準ずるものとする。

心臓検診用調査票及び健康診断票（様式8）の取扱い

- 1 当該児童生徒が転校等した場合は、本票を転学校宛て送付する。
- 2 卒業時には、当該児童生徒（保護者）宛て、本票を返却する。

○月○日

保護者 様

尿検査のお知らせ

○○小・中・高等学校

尿検査は、腎臓病、糖尿病を早く見つけるためにとっても大切な検査です。下の注意事項を守って正しい方法でとり、学校に提出してください。

尿の正しいとり方

(1) 前日の準備

1. 前日の夕方からは、ビタミンCが入ったジュースなどは飲まないでください。
2. 前日になるべくお風呂に入ってください。
3. 寝る前に必ずトイレに行っておしっこをしてください。

(2) 当日朝の尿のとりかた

1. 朝、起きたらまず一番にトイレに行き尿をとります。
2. 尿をとるとき、最初の尿は少しすてて、その後の尿を容器にとってください。

(3) 提出 ○月○日()

【通知文例】

西暦 年 月 日

保護者様

〇〇〇〇学校

校長 〇〇 〇〇

心臓検診の結果について

平素より、本校の保健活動について、御理解と御協力を賜り厚く御礼申し上げます。
さて、過日学校で行われました心臓一次検診の結果、別紙のとおり、二次検診(要
定期検診)が必要となりました。

つきましては、心臓二次検診医療機関一覧表の医療機関、または主治医医療機関
へ事前に電話連絡をしてから書類を持参のうえ、受診をしてください。

不明な点がございましたら、御連絡ください。

〇〇〇〇学校

電話：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

担当：〇〇 〇〇

【通知文例】

令和〇年〇月〇日

保護者 各位

〇〇〇〇〇〇学校
校長 〇〇 〇〇

血液検査（貧血検査）の実施について

日頃より、本校の保健活動について、御理解と御協力を賜り、感謝申し上げます。

さて、身体が成長する時期においては、体内の鉄分不足等から鉄欠乏性をはじめとした貧血になりやすい時期であると考えられます。

そこで、本校では、児童生徒の身体の異常を早期に発見し、適切な指導に繋げるため、採血による貧血検査を実施いたします。

なお、本検査は任意のため、検査について十分御理解いただき「血液検査（貧血検査）同意書」に御記入のうえ、〇月〇日（〇曜日）までに学級担任へ提出くださいますようお願いいたします。

記

1. 検査日時 令和〇年〇月〇日（〇曜日） 〇〇時〇〇分～
2. 検査場所 本校 保健室
3. 対象者 〇年生 女子
4. 検査項目 採血による貧血検査
血色素量（Hb）、ヘマトクリット値（Ht）
5. 検査費用 無料
6. 検査機関 〇〇〇〇〇〇
7. 注意事項 採血困難であると判断した場合、中止することがあります。
採血時後に気分が悪くなったり、しびれや強い痛みがある場合はお申し出ください。

-----きりとりせん-----

血液検査（貧血検査）同意書

〇〇〇〇〇〇学校 学校長様

血液検査（貧血検査）の実施に（ 同意します ・ 同意しません ）

令和〇年〇月〇日
〇〇〇〇〇〇学校 〇年〇組〇番

児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

腎臓(糖)検診・心臓検診についての留意点

西暦2026年4月現在

1 各検診の様式について

- ・児童生徒に様式を渡す際は、最新版の様式を使用し、児童生徒の氏名、生年月日、年齢、学校名、学年を必ず記載。(その際、左上に記載された改訂年度の消去は行わない。)なお、様式11及び様式17には、学校医名も必ず記載。
- ・様式2の新規・既往有の該当するどちらかに○をつけ、既往有の場合は病名を記入。
- ・様式4と様式6の一次検診からの該当(様式4はア、イ、ウ。様式6はア、イ)へ○をつける。
- ・様式13-1及び様式13-2は、配布時に既に記載されている項目の消去は行わない。
- ・様式14-1及び様式14-2は、二次検診以降の対象者がいない場合でも、※1の全対象者数(在籍者数)と※2の受診者数を記載して提出。
- ・腎臓一次検診で、直接三次検診の対象となった児童生徒を様式13-1に記載する際は、様式の一番右にある「尿蛋白3+」もしくは「尿蛋白2+以上・潜血2+以上」の該当する欄に必ず○をつける。
- ・各種検診で使用する人数を報告する様式に、網掛けなど加工を行わない。

2 学校生活管理指導表(様式11)の提出について

- ・二次検診以降、医師から「異常なし」「管理不要」と判定された場合、教育委員会に提出は不要。(様式11以外提出がなかった際は、必ず様式11のコピーを提出)
- ・医療機関で診断名等が記載されないまま学校に提出された場合は、提出の必要なし。

3 「二次・三次(直接三次)・主治医検診」受診に係る配慮事項

- ・「二次・三次(直接三次)・主治医検診」で、必要な様式に医師が記入した際、医療機関によっては「文書料」がかかることがあるため、保護者に説明を行う。
- ・各種検診の受診勧告の際は、医療機関によって受入体制が違うため、受診を希望する医療機関へ事前に確認をとるように、保護者に説明を行う。

なお、腎臓・糖・心臓に関する医療機関一覧表については、実施要綱に掲載及び対応可の確認がとれている病院が記載されているため、一覧表に掲載されていない医療機関のかかりつけ医が受入可と判断した場合は、その医療機関を受診してもよい。

4 腎臓検診の「要管理児童生徒」結果報告等について

(1) 腎臓検診の場合

「要管理児童生徒」は、一次検診の異常の有無に関わらず、主治医による検診が必要。(様式5・6・11持参)

(2) 糖検診の場合

尿糖での「要管理児童生徒」は、一次検診の尿糖異常の有無に関わらず、主治医による検診が必要。(様式5・6・11・17持参)

※腎臓検診・糖検診の主治医検診を年度内に何度も受診するが、管理内容に変更がない場合、各種様式は最新版のみ提出。

(3) 小1・中1・高1児童生徒が入学予定の段階で「要管理」の場合

春休み中に「主治医検診」を実施した結果を、入学後の定期健康診断での受診勧告による主治医検診結果報告書に代えることができるので、所定の様式に従って報告できるように準備を進める。

5 心臓検診結果調査票(様式15-1)の提出について

- ・心臓一次検診結果から、小1・小4・中1・高1の該当学年のみ人数を記入し、片面印刷して提出。
- ・異常あり(有所見)に該当するのが、区分1(要三次)から区分4(健康注意)なので、異常あり(有所見)の欄と、区分1から区分4までの合計した人数が一致するように入力。
- ・区分5(異常なし)の児童生徒数が記載されているか、提出前に確認。
- ・心臓二次検診等対象者がいない場合でも、全対象者数(在籍者数)と受診者数、区分5異常なしの人数を記載して提出。

6 心臓検診有所見者名簿(保健管理指導状況報告)(様式15-2)について

- ・学校で様式15-2を作成する場合は、小1・小4・中1・高1の該当学年ごとに用紙を分けて記載し、片面印刷して提出。
該当学年以外及び区分4(健康注意)は記載せず、様式のコピーも提出の必要なし。
なお、学校での管理指導等は必要に応じて行う。
- ・心臓一次検診後、健康づくり財団から学校に届いた心臓検診有所見者名簿(保健管理指導状況報告)をコピーし、二次検診以降の検診結果を記載して提出することも可能。
その際、空欄に様式15-2と記載の必要なし。

7 心臓検診の結果報告書(様式9)の提出について

- ・提出された書類は、A4用紙に片面コピーし、そのまま提出。
- ・医療機関で一切記載されないまま学校に提出された場合は、提出の必要なし。
ただし、医療機関で様式9及び様式11へ診断名等の記載がないまま学校に提出された場合は、その旨を説明する付箋等をつけて提出。
- ・二次検診等対象の児童生徒が、医療機関から『管理不要』と診断され、その旨が記載された様式9もしくは様式11を学校に提出した場合は、必ずコピーを提出。

8 その他

- ・検診結果を提出する際は、原則クリップなどで留めずに提出。
用紙の破損につながる恐れがあるため、ゼムクリップやホチキス(芯を使用しないものを含む)、ガチャック、のり、輪ゴムを使用しない。
- ・付箋等は、児童生徒の検診結果に関する補足説明を書いたもの以外貼らない。
検診の種類別を示す付箋や用紙等は不要。
はがした際に台紙がはがれるほど強力なもの(例:セロテープ)、ロールタイプ付箋などの裏面全体を台紙に貼るものは使用しない。