年　　　　月　　　　日

●●●中学校保護者の皆さま

●●●市教育委員会 教育長　●●● ●●

●●●中学校　校長　●●● ●●

血液検査のお知らせ

保護者の皆さまにおかれましては、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、●●●市の健康増進事業の一環として、市内の中学生全員を対象に行っている血液検査の実施についてご案内いたします。生活習慣病や貧血などを早期に発見し、児童生徒の健康増進・維持を目的に行っている検査で、検査料は無料です。検査を希望する場合、下記の希望調査用紙に必要事項を記入の上、●月●日（●曜日）までに、学級担任へ提出してください。なお、お手数ですが、検査を希望しない場合も用紙をご提出いただけますようお願い申し上げます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| ●　検査日 | ●●●●年●月●日（●曜日）XX時XX分～XX時XX分 |
| ●　検査会場 | ●●●中学校　●●●室 |
| ●　検査料 | 無料（自治体で負担します） |
| ●　検査方法 | 腕から静脈採血し、以下の項目について検査する（検査機関：●●●検査所）  白血球、赤血球、血小板、ヘマトクリット、総コレステロール、中性脂肪　等 |
| ●　その他 | ・検査終了後は、採血した部位をしっかり指で押さえて圧迫してください。  ・内出血、腫れ、しびれ等の症状が出た場合は、学校に連絡してください。　また、必要に応じ  　て医療機関を受診してください。  ・検査結果の数値は後日生徒を通じてお知らせいたします。 |

以上

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* キリトリ \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

【血液検査希望調査用紙】

※いずれかに◯をつけてください

血液検査を　　　　希望します　　・　　希望しません

（生徒氏名）　　　　　年　　　　組　　　　番

（保護者氏名）