年　　月　　日

保護者各位

●●●市立●●小学校

校長　●●● ●●

**定期健康診断の実施について**

保護者の皆さまにおかれましては、ご健勝にお過ごしのことと拝察いたします。

日頃より、本校の教育活動にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

さて、本校では下記のとおり、児童の定期健康診断を実施いたします。実施後、疾病のある児童については個別にお知らせいたしますので、医療機関を受診し必要に応じて治療をお願いいたします。

記

1.　検査項目

|  |  |
| --- | --- |
| ・歯科検診 | ・視力検査 |
| ・眼科健診 | ・聴力検査 |
| ・耳鼻科健診 | ・尿検査 |
| ・内科健診 | ・血液検査（※1） |
| ・発育測定 | ・心臓健診（※2） |
| ・運動器検査 | ・色覚検査（※3） |

2.　注意事項

　※1　…　5学年の希望者のみ実施します。

　※2　…　1学年および4学年のみ実施します。

　※3　…　学年を問わず、希望者のみ実施します。

以上