年　　月　　日

保護者のみなさま

●●●小学校長

●●● ●●●

**定期健康診断の実施について**

保護者のみなさまにおかれましては、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃より、本校の教育活動にご理解とご協力を賜り、心より感謝申し上げます。

さて、今年度、本校で実施予定の児童の定期健康診断についてお知らせいたします。

疾病のある児童については、後日個別に通知します。通知内容に応じて、医療機関の受診、精密検査などを受けていただき、必要な治療をお願いいたします。

なお、学年ごとの検査項目は下記の通りです。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **検査項目** | **1学年** | **2学年** | **3学年** | **4学年** | **5学年** | **6学年** | **備考** |
| 歯科 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |  |
| 眼科 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 要メガネ・コンタクト |
| 耳鼻科 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |  |
| 内科 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |  |
| 視力 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |  |
| 聴力 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |  |
| 発育測定 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 身長・体重の計測 |
| 運動器検査 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |  |
| 尿検査 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 学期ごとに実施 |
| 血液検査 | ― | ― | ― | ― | △ | ― | 希望者のみ |
| 心臓健診 | ○ | ― | ― | ○ | ― | ― |  |
| 色覚検査 | ― | ― | ― | △ | ― | ― | 希望者のみ |

以上