

心 臓 検 診 調 査 票

保護者の皆様へ

この調査票は心臓検診を行うにあたって重要なものです。
質問に対する回答はお子様ではなく保護者の方でご記入くださるようお願いいたします。
なお、調査内容は、この検診の目的以外には利用いたしません。

学校長

学校名	年	組	番
フリガナ	性別	生年月日(年齢)	
氏 名	男・女	西暦 年 月 日(歳)	

あてはまる回答の□には✓を入れ、空欄は書き入れてください

1. 今まで、心臓に異常があったことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい「はい」と答えた人は以下の問にすべてお答えください

(1)それはいつ、どこで言われましたか？

いつ (西暦) 年 (歳 力月) どこで (医療機関名)

(2)病名は何と言われましたか？

病名

(3)その後どうしていますか？(あてはまるものすべてにお答えください)

a.精密検査の結果、心臓に異常はないと言われた

いつ (西暦) 年 (歳 力月) どこで (医療機関名)

b.心臓の手術を受けた

病名

いつ (西暦) 年 (歳 力月) どこで (医療機関名)

c.現在、心臓の病気で、定期的に医療(健診)機関、または学校検診を受診している

どこで

d.定期受診をするように言われているが受けていない

最終受診年月 いつ (西暦) 年 月 どこで (医療機関名)

2. 「川崎病」にかかったことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい「はい」と答えた人は以下の問にすべてお答えください

(1)それはいつ、どこで言われましたか？

いつ (西暦) 年 (歳 力月) どこで (医療機関名)

・その時、心エコー検査(超音波検査)を受けましたか？ ☐ いいえ ☐ はい

・心エコー検査の結果、冠動脈瘤(心後遺症)があると言われましたか？ ☐ いいえ ☐ はい

・今も後遺症があると言われていませんか？ ☐ いいえ ☐ はい

(2)現在はどうしていますか？

a.川崎病経過観察のため医療機関で定期受診をしている

どこで (医療機関名)

・最近、定期受診をしたのはいつですか？ また次回の受診予定はいつごろですか？

受診年月 いつ (西暦) 年 月 次回は いつ (西暦) 年 月 ごろ受診予定

b.定期受診は終了と言われている

最終受診年月 いつ (西暦) 年 月 どこで (医療機関名)

c.定期受診をするように言われているが受けていない

最終受診年月 いつ (西暦) 年 月 どこで (医療機関名)

3. ここ1年以内に、お子様から以下のような訴えがありましたか？

(以下の問にすべてお答えください)

(1)何もしないのに急に動悸がする(心臓がドキドキする) ☐ いいえ ☐ はい

(2)脈が飛ぶ(とぎれる)ことがある ☐ いいえ ☐ はい

(3)気を失ったことがある(貧血による立ちくらみやけいれんを除く) ☐ いいえ ☐ はい

4. 血縁者(お子様の両親、兄弟、祖父母、おじおば)に40歳以下で

心臓病または原因不明で急死した人がいますか？ ☐ いいえ ☐ はい

----- 学校記入欄 (保護者の方は記入しないでください) -----

I：校医所見(あり・なし) ・胸郭変形(膨隆・扁平・凹胸・なし) ・異常心音、心雑音(あり・なし)

その他()

II：養護教諭、担任教諭等からの情報・意見がある場合には具体的に記入してください。

()