年　　　月　　　日

保護者各位

●●●市教育委員会

●●●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、ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、●●●市では、市内の中学生全員を対象に、毎年、血液検査（検査料は無料です）を実施しております。これは、生活習慣病や貧血を早期に発見し、改善することで健康増進に役立てるためです。つきましては下記の希望調査用紙に必要事項を記入し、●月●日（●曜日）までに、学級担任へ提出をお願いいたします。なお、血液検査を希望しない場合も、用紙をご提出ください。

記

1.　検査日および検査場所

　　●●●●年●月●日（●曜日）XX時XX分より　　●●●中学校視聴覚室にて

2.　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

　　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

3.　検査料

　　無料（公費にて負担）

4.　検査機関

　　●●●検査所

5.　注意事項

　　・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。

　　・検査結果は後日お知らせします。

以上

･･････････････････････････････････････････････････････････　キリトリ線　･･････････････････････････････････････････････････････････

血液検査希望調査用紙　（※いずれかの枠内に◯をつけてください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 血液検査を　希望します |  | 血液検査を　希望しません |

生徒氏名　　：　　　　年　　　組　　　番

保護者氏名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印