年　　　月　　　日

保護者の皆さま

●●●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、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

●●●市では、毎年市内の中学生全員を対象に血液検査を実施し、生活習慣病や貧血などの早期発見に役立てております。つきましては、下記の希望調査票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、検査は希望者のみに実施いたしますが、希望しない場合も、調査票をご提出いただけますようお願い申し上げます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 1.　検査日 | ●●●●年●月●日（●曜日）XX時XX分～XX時XX分 |
| 2.　検査会場 | ●●●中学校　●●●室 |
| 3.　検査料 | 無料（自治体で負担します） |
| 4.　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） |
| 5.　検査機関 | ●●●検査所 |
| 6.　検査結果 | 後日結果数値をお知らせいたします。 |
| 7.　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。また、必要に応じて  医療機関を受診してください。 |

以上

------------------------------------------------------------　きりとり　-----------------------------------------------------------

＜血液検査希望調査票＞

血液検査を　　希望します　・　希望しません

　　　　　　（上記のいずれかに◯をつけてください）

生徒氏名　　：　　年　　組　　番　（名前）

保護者氏名　：