令和○年○月○日

保護者　様

○○市町立○○小中学校

学校長　○○　○○

血液検査（貧血検査）の実施について

日頃より学校における健康教育活動に格別の御理解、御協力をいただき厚く御礼申し上げます。

さて、急激に体が成長する学齢期は、体内の鉄分不足等から鉄欠乏性貧血をはじめとした貧血になりやすい時期です。そこで、○○市町では、疾病の早期発見、適切な管理・指導を行い治療に繋げるため、標記の血液検査を下記のとおり実施いたします。

なお、本検査は任意のため、検査の趣旨等を十分に御理解の上、○月○日（○曜日）まで、きりとりせん以下の「血液検査（貧血検査）同意書」を御記入の上、学級担任へ御提出くださいますようお願いいたします。

記

１．日時　　令和○年○月○日（○曜日）　○○時○○分～

２．場所　　本校　保健室

３．対象　　○年生で保護者の同意がある児童生徒

４．検査項目　　血液検査（当日採血）

・貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）

５．費用　　無料（　○○市町が全額負担　）

６．検査機関　　公益財団法人栃木県保健衛生事業団

７．その他　　採血は、検査機関の看護師が実施します。

以下の理由により検査が中止となった場合、結果がでないことがあります。

① 看護師が採血困難であると判断した場合（養護教諭と児童生徒本人に相談）

※血管が細い等、針を刺しても採血できないことがあります。

※児童生徒の様子等を確認し、原則２回まで針を刺します。

② 採血した後、血液が容器内で凝固（血が固まること）した場合

き　り　と　り　せ　ん

**血液検査（貧血検査）同意書**

○○市町立○○小中学校　　学校長　様

**血液検査（貧血検査）の実施に（　　同意します　　・　　同意しません　　）**

※どちらかに○をつけて学級担任へ提出してください。

※当日の児童生徒の様子等により看護師及び養護教諭の判断で検査を中止することがあります。

※針を刺しても血液が採取できない場合は中止となります。

令和○年○月○日

○○市町立○○小中学校　○年○組〇番　　　　　　児童生徒氏名

保護者氏名　　　 　　 　　　　　　　　　印