

令和3年8月31日

保護者の皆様

新発田市立加治川中学校長
星 涉

貧血検査のお知らせ

残暑の候、皆様におかれましては、ますます御清祥のことと存じます。学校では、下記のように貧血検査を実施します。下の希望調査書に必要事項を記入し、9月8日（水）までに全員が学級担任に提出くださるようお願いいたします。

中学時代は、著しく体が成長する時期です。そのため、血液を作る栄養素が不足し、貧血になる事があります。頭痛やめまいなどの症状が起き、日常生活や学習に影響することがあります。費用は市が全額負担いたしますので、この機会に検査する事をお勧めします。御不明なことや御心配なことがありましたら、加治川中 小池まで御連絡ください。(TEL: 33-2214)

記

- 1 日 程 10月5日（火）
- 2 場 所 加治川中学校 保健室
- 3 対 象 希望者全員
- 4 料 金 無料（新発田市が負担）
- 5 その他

- ・ アルコール綿にかぶれる方は、検査の際、予め申し出てください。
- ・ 腕の静脈から採血します。受診される方の血管等の状態により、採血できない場合があるので、予め御了承ください。
- ・ 血を採られるという精神的な不安から、採血後に軽いショック症状を起こす場合があります。わずかな量の採血ですので、安心するようお子さんにお話しください。(採血量は1～1.5ml程度です)
- ・ 異常が認められた生徒には、結果が分かりしだい通知いたします。食生活の見直しや必要によっては精密検査を受けられるよう御配慮をお願いいたします。

-----切---り---取---り---線-----

貧血検査希望調査書

※どちらかに○印を付け、全員が学級担任に提出してください。

貧血検査を (希望します 希望しません)

____年____組 生徒名_____

保護者名_____印