通知様式例「再通知　中等度肥満・高度肥満」

平成　　年　　月　　日

保護者　様

　　　年　　組　　番　　　　　　　　さん

立　　　　学校長

健康診断結果について（再通知）

過日お知らせしましたが、お子さんの健康診断の結果は次のとおりでした。

つきましては、かかりつけの小児科医・内科医又は学校医等を受診されることをお勧めします。受診の際は本通知と前回お知らせした際に同封した成長曲線をご持参ください。

なお、下記の連絡票を　月　日までに学校へ提出くださいますようお願いいたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 身　　長 | 体　　重 | 肥　満　度 |
| 　　　　.　ｃｍ | 　　　　.　ｋｇ | 　　　.　％（中等度・高度肥満） |

**≪肥満について≫**

福島県児童生徒の肥満傾向児出現率は全国に比べて高い状態が続いています。子どもの肥満については、幼児期肥満の２５％、学童前期肥満の４０％、思春期肥満の７０～８０％が成人肥満につながると言われています。また、肥満は生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症、動脈硬化、脳卒中、心筋梗塞など）の危険因子となります。このため、血圧の測定や血中の脂肪（コレステロール・中性脂肪）などの検査をし、早期から適切な指導や治療を受けることが将来の健康のために効果的な場合もあります。

○肥満度の判定

※　高度肥満・中等度肥満のお子さんに受診を勧めています。肥満による健康障害の有無を確かめることが大切です。

-20％以下　　　-10％　　　0％　　　10％　　　20％　　　30％　　　40％　　　　50％以上

連　絡　票　　　□にチェックを入れてください

　**□受診した**

１　医療機関名

２　診　　断

３　治療または指導内容について（学校での注意事項等）

　**□受診を予定している（　　　　月　　　日頃）**

**□学校で養護教諭や栄養教諭等との相談を希望する。**

　　※すぐに受診等の予定がない場合は、是非相談をお勧めします。

平成　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　年　　組　　番　氏名

保護者名