

令和2年10月1日

第1学年保護者 各位

立山町立雄山中学校

校長 片山 亮 一

血液検査の実施について（ご案内）

秋晴の候 保護者の皆様にはますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

さて、立山町では、中学生の時期に起こりやすい鉄欠乏性貧血や高コレステロール血症に起因する生活習慣病の予防と健康保持を目的として、血液検査を実施しております。

つきましては、第1学年の希望者を対象に下記のとおり血液検査を実施します。下記の「血液検査実施希望確認書」に希望の有無をご記入、押印の上、10月5日（月）までに学級担任に提出をお願いします。

なお、採血や検査は富山市医師会が行います。

記

- | | |
|--------|--|
| 1 日 時 | 令和2年11月11日（水） 13時30分～ |
| 2 場 所 | 雄山中学校 会議室 |
| 3 対 象 | 第1学年の希望者 |
| 4 検査項目 | ①赤血球数 ②白血球数 ③血色素量（ヘモグロビン）
④ヘマトクリット（血球の容積） ⑤総コレステロール |
| 5 検査結果 | 検査機関からの「結果報告書」により通知されます。 |
| 6 検査費用 | 立山町が負担します。 |

切り取り線

血液検査実施希望確認書

令和2年 月 日

※ 希望の有無について（ ）に○印を記入してください。

血液検査を （ ） 希望します （ ） 希望しません

1年 組 番 生徒氏名

保護者氏名

㊞