

# 肥満精密検査表

(Ver1.3 2018/03/13)

学校から保護者へのお知らせとお願い

(西暦) 年 月 日

市・町立 小・中学校 年 組 番

氏名: 男・女 生年月日(西暦) 年 月 日

学校での健康診断の結果、中等度～高度の肥満が認められ、医療機関受診が望ましいと考えられます。この肥満精密検査表を持参して、お近くの医療機関を受診してください。医療機関の指定はありませんが、事前に受診予定の医療機関へ確認し、指示に従ってください。

| 身体測定結果(実施日[西暦]: 年 月) |        |        |
|----------------------|--------|--------|
| 身長(cm)               | 体重(kg) | 肥満度(%) |
|                      |        |        |

学校長: 学校医:

## 医療機関から保護者と学校への報告(医療機関で記入する)

| 項目         | 異常の有無 | 検査結果   |
|------------|-------|--|
| 腹囲         | 有・無   | Cm   |
| 血圧         | 有・無   | / mmHg   |
| 血液検査       | 有・無   | GOT, GPT, $\gamma$ -GTP, LDH, BUN, Cre, T-Cho, TG, HDL-C, non HDL-C(計算値)<br>Na, K, Cl, Ca, UA, s-Glu, HbA1c, CBC, 尿一般 (フェリチンも有用)<br>※検査結果異常値には○をつけ、結果を添付する |
| 理学所見       | 有・無   | 低身長、中心性肥満、翼状頸、他( )   |
| 腹部超音波検査(※) | 有・無   |  |

※フェリチン、超音波検査は必要と判断した場合に行ってください。

診断: .....

指導事項や注意事項: .....

3次健診への紹介の有無: 有・無 紹介先医療機関: .....

報告日(西暦) 年 月 日

医療機関名: .....

医師氏名: .....

【参考資料】

小児メタボリック症候群の判定基準

|       |   |
|-------|---|
| 腹囲    | 80cm 以上                                     |
| 血清脂質  | TG $\geq$ 120mg/dl and/or HDL-C $<$ 40mg/dl |
| 血圧    | SBP $\geq$ 125mmHg and/or DBP $\geq$ 70mmHg |
| 空腹時血糖 | 100mg/dl 以上                                 |

年齢や性別で成人一般と基準値が異なるものなど（小児肥満症ガイドライン 2017 など）

|             |   |
|-------------|---|
| 高血圧         | 小学校低学年 130/80、高学年 135/80、中学男子 140/85、中学女子 135/80                              |
| 内臓脂肪型肥満     | ウエスト周囲長 $\geq$ 80cm(中学生)、 $\geq$ 75cm(小学生)、<br>ウエスト身長比(ウエスト周囲長/身長) $\geq$ 0.5 |
| 高尿酸血症       | UA $>$ 6.0mg/dl(小学生、中学生女子)、UA $>$ 7.0mg/dl(中学生男子、高校生男女)                       |
| 高 non HDL-C | Non HDL-C $\geq$ 150mg/dl   |
|             |   |