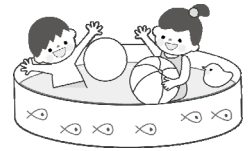


平成27年度 ぜん息児健康調査のお知らせ



このお手紙は、ぜん息で医療機関を受診されているお子さんにお渡ししています。三重病院では、昨年まで、夏休みに肺機能などの健康調査を行ってきましたが、アレルギー外来に通院中のお子様は対象としておりませんでした。今年は、ぜん息のお子さんの対象として実態調査を行いますのでご参加ください。対象は、小・中・高校生です。肺機能だけでなく、お子様の健康状態チェックとして役立てていただけるよう、コレステロールや肝機能の検査、はしかや風疹などの免疫をもっているかどうかの検査も無料で行います。ぜひ、ぜん息のお友達を誘って検査に来てください。

検査項目

呼気 NO	吐く息の中の一酸化窒素濃度を測ります。喘息やアレルギー性鼻炎のお子さんでは気道の炎症があると、この一酸化窒素濃度が高いとされています。
スパイロメーター	胸いっぱい息を吸い込み、一気に吐き出した空気の量を調べます。空気を出し入れする換気機能のレベルを調べることができ、喘息のお子さんでは空気の通り道が狭くなっているかわかります。
呼吸抵抗計	安静呼吸を繰り返して、気道のどの部分（気管に近い部分か遠い部分か）に抵抗があるかを調べます。喘息のお子さんでは気道が狭くなっていると抵抗が強くなります。
血液検査	測定するもの：ダニ、スギへのアレルギー反応、コレステロール、肝機能等 麻疹（はしか）、風疹、ムンプス（おたふくかぜ）、水痘、百日咳の抗体価
可逆性検査	気管支を広げる薬を吸入して再度スパイロメーターと呼吸抵抗計を測定します。このことにより、普段自覚していない「隠れ喘息」もわかります。
内臓脂肪検査	簡単に被曝せずに内臓脂肪が測定できます。主に成人で検査されていますが、小学校高学年以上のお子さんならほとんど測定可能です。希望者のみ測定します。

- これらの検査結果については後日（約3ヶ月ほどかかります。）郵送にて報告させていただきます。
- いくつかのアンケートを保護者とご本人に答えていただきますので当日は保護者の方と来院をお願いします。アンケートの内容とこれらの肺機能の結果から、どのようなお子さんにどのような診療がいいのか、検討されますが、お子様ご自身のぜん息治療に直接結びつくものではありません。
- 三重病院に通院している方でそうでない方でも対象となります。
- これは外来診療ではありませんので、検査終了後に診察などはありません。後日送付された検査結果はかかりつけの先生とご相談ください。
- すべての検査は無料です。検査とアンケートの協力費として2000円の図書カードをお渡しします。
- 小さい頃に予防接種をしても、まだ免疫が残っているかどうかをみますので、母子手帳など、ワクチン歴がわかるものを必ず持参していただきます。

申込締切：平成27年7月31日（金）（必着）

調査に参加してくださる方は事前に裏面の申込用紙にてFAXまたは郵送でご連絡ください。

募集人数：100名。（年齢により応募が多い場合は抽選となります。ご容赦ください。）

（小学生低学年約15名、高学年約35名、中学生約35名、高校生約15名）

日時	平成27年8月29日（土）		
時間	午前10時から午後5時まで（所用時間は約1時間半ですが、状況により、長引く可能性があります。ご希望の時間帯をお尋ねします。8月13日から14日に正式な集合時間をFAXまたは郵送させていただきます。）		
場所	国立病院機構三重病院 小児科外来	住所	津市大里窪田町357
連絡先	国立病院機構三重病院 臨床研究部 担当：長尾、藤澤		
電話番号	059-232-2531	FAX	059-232-0718

この取り組みは独立行政法人環境再生保全機構による平成27年度公害健康被害予防事業に係る調査研究事業（主任研究者：国立病院機構三重病院臨床研究部 藤澤隆夫）の一環で実施するものです

8月29日ぜん息児健康調査 参加申込書

FAX：059-232-0718

〒514-0125 津市大里窪田町 357

国立病院機構三重病院 臨床研究部



私はこの調査研究の趣旨を理解し、調査に協力します。

ふりがな			
お子様のお名前			
生年月日(西暦)	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
学年	小学 ・ 中学 ・ 高校 ・		年生
身長 (検査に必要です。)			cm
体重 (検査に必要です。)			kg
検査の希望時間 (ご都合のつく時間帯をできるだけ多く☑してください。)	<input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 10時または11時集合 <input type="checkbox"/> 12時または13時集合 <input type="checkbox"/> 14時または15時集合		
内臓脂肪検査希望 (小学校高学年以上)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		
現在毎日使用しているぜん息のお薬があれば記載してください。	<input type="checkbox"/> オノン、プランルカスト、シングレア、キプレスなどの飲み薬 () <input type="checkbox"/> フルタイド、アドエア、キュバル、オルベスコ、パルミコートなどの吸入薬 ()		
保護者氏名			
住所	〒 -		
電話番号	() -		
FAX 番号	() -		
連絡方法	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送		

(三重病院職員の方は名前と所属を記入してください。)

お名前： _____ 所属 _____ 内線番号 _____

注) FAX で申し込みをされる方へ。何らかのトラブルにより、こちらで FAX 番号などが読み取れない申込書が届く場合があります。8月14日までにこちらより連絡が無かった場合は、お手数ですがお電話にてご連絡ください。