

平成 年 月 日

保護者 様  
年 組 氏名〇〇市立〇〇学校  
校長 〇〇 〇〇  
校医 〇〇 〇〇

## 学校健康診断における運動器検診結果のお知らせ

お子様は健康診断の結果、下記の疑いがありましたので、お知らせします。  
つきましては、なるべく早めに専門医(整形外科)を受診されることをお勧めします。  
専門医を受診されましたら、受診結果報告書に記載・捺印してもらい、学校に提出してください。  
なお、定期的に専門医を受診している場合も、現在の様子をお知らせください。

運動器疾患の疑い	1 運動器機能不全 (片足立ち・しゃがみ込み・バンザイ)
	2 オーバーユース (肩関節・肘関節・体幹・膝)
	3 脊柱側湾症

※ 専門医受診の際は、この書類と保険証をご持参ください。

※ 受診される際には、切り離さずに、この用紙をお渡しく下さい。

主治医 様

お手数ですが、児童生徒が受診しましたら、下記にご記入の上、本人にお返しく下さい。

## 医療機関受診結果報告書

学校名 \_\_\_\_\_ 年 組 氏名 \_\_\_\_\_

1. 結果 病的所見なし

所見あり (診断名: \_\_\_\_\_ )  
要治療 要経過観察 治療不要

2. 指導事項

運動制限 : 有 ・ 無  
指示事項 (具体的にご記入下さい)

次回受診 : ( ) 力月後 ( ) 週後

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印