様式２

平成　　年　　月　　日

保護者　様

　　年　　組　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市立○○学校

校長　○○　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　校医　○○　○○

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。

　　　　　　　　　１　運動器機能不全（片足立ち・しゃがみ込み・バンザイ）

運動器疾患の疑い　２　オーバーユース（肩関節・　肘関節・　体幹　・膝）

３　脊柱側わん症

※　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ださい。

……………………………………………………………………………………………………

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、本人にお返しください。

**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　：　（　　　）カ月後 （　　　）週後

 平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　医師名 　 　　 印