＜学校（記入）→（保護者）→主治医（記入）→（保護者）→学校＞　　　　　　　　　　様式２

　主治医　様

　　健康診断の結果、肥満度は下記のとおりでした。

　　つきましては、下記の血液検査及び血圧測定等を実施のうえ、結果を記入し保護者にお渡しくださるようお願いいたします。

**学校医・かかりつけ医「受診報告書」**

学校で記入

|  |
| --- |
| 学校名　　　　　　　　　　　　　　　　年　　組　氏名　　　　　　　　　　　　　男・女身長　　　　　　　　㎝ 体重　　　　　　　　㎏　　　肥満度　　　　　　　　％ 　　　　　　　　　　　　　　（西暦　　　　年　　月測定） |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検　査　項　目 | 結　　果 | 高次医療機関への紹介目安 |
| 生化学検査 |  　Ａ　Ｓ　ＴＡ　Ｌ　Ｔ　 尿 　酸血糖　空腹時ＨｂＡ１ｃ中性脂肪総コレステロール 　ＨＤＬコレステロール  | ＩＵ／ＩＩＵ／Ｉｍｇ／ｄｌｍｇ／ｄｌ％ｍｇ／ｄｌｍｇ／ｄｌｍｇ／ｄｌ |  　≧ 100 ≧ 100 ≧ 7.0 ≧ 126 　≧ 6.5  ≧ 120 　≧ 220 　 ≦ 40 |
|  |  尿　糖血　圧 腹 囲 |  （－）　　（＋） 　　／ 　　mmHg 　　　ｃｍ  | 　（＋）以上 |
|  |  |  |  |
| ＜判定〈該当に○印〉＞　１：要指導　　　　２：要高次医療機関 ／ 紹介先（　　　　　　　　　病院　）＜次回受診＞　　　　　ヶ月後＜学校への連絡や指導＞　　　＊給食：おかわり　　不可　・　 可 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）＊運動：制　　限　　なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）★「可」や「あり」の場合には（　　　）に具体的な指導内容を記載して下さい。［例］ 給食：（野菜はおかわり可）運動：（マラソンは膝の痛みが出たら中止）など |
|  西暦　　　　年　　月　　日実施　　医療機関名 　 　　　医師氏名　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※検査の結果、高次医療機関への紹介の場合は、紹介状等にこの報告書の写しを添付してください。