平成　　年　　月　　日

　　年　　組

児童（生徒）名

保　護　者　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名

**健康診断結果のお知らせ**

　健康診断の結果、あなたのお子さんは、以下の所見が認められましたので、医療機関（整形外科）で**診断および治療**を受けてください。その際、この「お知らせ」を医療機関に提出ください。

記

１．脊柱側わん症の疑い

２．運動器疾患の疑い

【 運動器検診問診票該当項目： ①片脚立ち・②しゃがみ込み

③肩拳上 ・④肘伸展 / 屈曲 ・⑤体前屈 / 後屈 】

　　　　　　　　　　＊①②は痛みを伴う場合

**≪医療機関の先生へ≫**

　診療状況を下記に記入し、本人にお渡しください。

　診断結果

1. 正常範囲内　2. 異常あり（いずれかを○で囲ってください）

2.の場合　病名（疑いを含む）

　　　１　経過観察　　（　　　 　　　　　　　）

　　　２　治療　　　　（　　　 　　　　　　　）

　　　３　その他　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）

平成　　年　　月　　日

　医療機関名

　医　師　名