

平成 年 月 日

年 組  
児童（生徒）名  
保護者様

学校名

### 運動器検診結果のお知らせ

運動器検診の結果、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。  
その上で下記連絡票を学校へお出し下さい。

記

1. 脊柱側弯症の疑い  
①背骨が曲がっている
  
2. 運動器疾患の疑い  
②腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがある  
③腕、脚を動かすと痛みがある  
④腕、脚に動きの悪いところがある  
ならびに以下で痛みを伴う場合  
⑤片脚立ちが5秒以上できない  
⑥しゃがみ込みができない

《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。

---

#### 【診断結果連絡票】

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