

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。その際この「お知らせ」を医療機関に提出ください。

#### 記

1. 脊柱側弯症の疑い
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 \_\_\_\_\_