

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