年　　　月　　　日

保護者　様

　　　年　　　　組　　　　 　　 　　　　さん

　校長

運動器検診結果のお知らせ

このたびの健康診断の結果，【　　　　　　　　　　　　　　　　　】に所見がありました。

１　早めに医療機関（整形外科医等）を受診されますようお勧めします。

２　経過観察が必要です。

　（痛みが継続する，可動域制限が悪化する等がある場合は，医療機関を受診されますようお勧めします。）

受診後は，受診結果報告書と運動器検診調査票を学校に提出してください。

・・・・・・・・・・・・・　（切りとらないでください。）・・・・・・・・・・・・・・

医療機関（整形外科医等）　様

　御多用のところ恐縮に存じますが，健康診断の結果，上記の部分に所見があると判定されましたので，御高診のうえ，これからの治療や生活について御指示くださいますようお願いします。

**運動器にかかわる検診（医療機関受診）結果報告書**

**＊検診結果**

**【　　】所見あり　　　診断名または所見名**

**【　　】所見なし**

**＊所見ありの場合の指示事項**

**【　　】処置不要**

**【　　】経過観察を要する　（次回　　　か月後受診）**

**【　　】治療を要する**

**【　　】現在治療中**

**＊連絡欄**（学校生活への指示等）

**令和　 　 年　 　月　 　日**

医療機関名

医　師　名

学校長　様

保護者名