令和　 年　 月　 日

　 年　 組　 番　　　 　　　　　 　　　さん

保　護　者　　様

学校名

※ この用紙は、切り離さないでください。（ 学校 → 保護者 → 医療機関 → 保護者 → 学校 → 教育委員会 ）

**第二次運動器（四肢）検診の結果について（お知らせ）**

　第二次運動器（四肢）検診の結果、お子さんに下記の所見がありましたので、お知らせいたします。なるべく早く専門医（整形外科）の診察・指導を受けられることをお勧めします。受診された場合は、医師から整形外科受診結果報告書（四肢の検診）を記入してもらい、学校にご提出ください。

下記の部位の所見を認めました。

腰痛　、肩（ 痛み・可動域制限 ）、肘（ 痛み・肘伸展不可 ）、股関節（ 痛み・ふらつき ）

膝（ 痛み・可動域制限 ）、足関節（ 痛み・可動域制限 ）、その他（　　　　　　　　　　）

特記事項

**整形外科診察依頼状**

**整　形　外　科　医　様**

第二次運動器（四肢）検診の結果、上記の部位の所見があると判定されました。

診察・検査のうえ、治療及び学校生活等につき、必要な指導をしてくださいますようお願いします。

なお、お手数ですが今後の学校生活指導のために、診察結果及び指導内容をご記入いただき、保護者にお渡しください。

**整形外科受診結果報告書（四肢の検診）　　　　　（医師記入欄）**

**学　校　長　様**

学番　 　 学校名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　年 　 　組　 　番　氏名

診断名

　　　　□Ｃ　治療・経過観察の必要なし

　　　　□Ｂ２　来年度、学校二次検診で経過観察の必要あり

　　　　□Ｂ１　医療機関で経過観察の必要あり（　　　　　　　　頃に再び受診する）

　　　　□Ａ　治療の必要あり　（内容をご記載ください）

* 学校生活で留意することなどがありましたらご記入ください。

　　　　　令和　　年　　月　　日

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医師名