

令和 年 月 日

保護者 様

学校名 _____

学校長 _____

定期健康診断の結果、お子様は脊柱側弯症の疑いがありました。

つきましては、できるだけ早めに整形外科で二次検診を受けられることをお勧めします。

なお、受診の際は、保険診療となります。

また、受診結果は、学校生活指導の資料といたしますので、学級担任へ御提出ください。

_____年 _____組 _____番 氏名 _____

主治医（整形外科医）様

お手数をおかけしますが、二次検診結果について御記入の上、本人にお渡しくださるようお願いします。

二次検診結果について

《立位全脊柱レントゲン写真による測定》

「診断」 _____ (C o b b _____ 度)

《判定》

1. () 正常範囲内 (C o b b 10度未満)
2. () 次回の定期健康診断で注意を要する (C o b b 10度～15度未満)
3. () 整形外科医師による定期観察を要する (C o b b 15度～25度未満)
4. () 治療を要することがある (C o b b 25度以上)

《特記事項》（学校生活での注意事項など）

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名 _____