平成 ○年 ○月 ○日

　　　　 HEISEI(Year)　 (Month) (Day)

To Parents/Guardians of

　○年○ 組○ 番　　　　　　　 さん　保護者様

(Year) (Sec) (No)

Toyohashi Municipal School

豊橋市立　　　　学校

校　長　○○　○○

(Name of Principal)

**内科健康診断結果のお知らせ**

**Result of Medical Examination**

This is to inform you that the result of your child’s medical examination was suspicious and we recommend you to consult a Medical specialist and undergo a detailed examination as soon as possible. Kindly fill in the Form below (Consultation Report) and submit it to School afterward.

　定期健康診断の結果、下記のような症状や異常の疑いがありましたので、お知らせします。速やかにかかりつけの医師または専門医を受診され、健康相談または精密検査を受けられますようおすすめします。

　なお、お手数ですが受診結果を下の報告書に保護者の方でご記入の上、学校へご提出ください。

健診結果**Result of Medical Examination**

　　 **Result : With circle “O”** ○印のついたもの

・脊柱異常の疑い Suspicious of abnormality in Spinal Column

・扁桃肥大 Tonsillar Hypertrophy

・アトピー性皮膚炎 Atopic Dermatitis

・胸郭異常の疑い Suspicious of abnormality in Thorax

・心雑音 Cardiac Murmur

・その他 Other ( )

受　診　報　告　書

**Consultation Report**

1. Diagnosis

診断名

(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )

1. Instruction given by the Medical specialist

専門医から受けた指示

(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )

1. Things need to take into consideration in Daily life

生活上での注意事項

　　　・運動制限 Movement Limitation　 （　あり YES・なしNONE　）

　　　・プール入水 Joining Swimming Class（　可 Possible・否 Not possible　）

1. Name of the Clinic/Hospital

医療機関名　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　)

　　平成　　　年　　　月　　　日

HEISEI (Year) (Month) (Day)

保護者名

 (Name of Guardian)

ew19naika03(2017)