＜英　語＞

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)

**運動器検診結果のお知らせ**

**Result of Musculoskeletal system examination**

This is to inform you about the result of Medical examination including the musculoskeletal system  
 定期健康診断時に行いました運動器検診の結果は、以下のとおりでしたのでお知らせします。

(　　) No abnormalities were found

今回の検査では問題はありませんでした。

(　　) There was findings in your child’s condition. We suggest you to consult a Medical specialist (Orthopedic Surgeon) and ask for guidance as soon as possible.

お子様には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すすめします。

Abnormalities were found in the body parts indicated below. (With “O”):

下記の部位の所見を認めました。（○印のついた箇所）

Back bone Waist Upper limb Lower limb

　　　背骨　　　　　　　腰　　　　　　　 上肢　　　　　　　 下肢

After consulting the Doctor, kindly fill up the Form below (Consultation Report) and submit it to the school afterwards.

受診された場合は、診断結果を下の報告書に保護者の方でご記入のうえ、学校へご提出ください。

受　診　報　告　書

**Consultation Report**

1. Diagnosis　診断名 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

2. Instruction given by the Doctor:専門医から受けた指示

□ No need for further treatment nor observation

治療・経過観察の必要なし

□ Observation needed (Plan to consult on (Date) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.)

経過観察の必要あり（　　　　　　　　頃に再び受診する）

□ Medical Treatment is needed (Please write in specific)

治療の必要あり　（内容をご記載ください）

□ Things need to take into consideration in daily life: 生活上での注意事項

1. Name of Hospital :医療機関名　　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

平成　　　年　　　月　　　日

HEISEI (year) (month) (day)   
保護者名   
 (Name of Guardian)

ew29undou02(2017)