

令和 年 月 日

保護者殿

学校名

受診のすすめ(眼科用)

年 組 氏名

眼科検診の結果は下記の通りです。眼科医の診察を受ける必要がありますのでご連絡いたします。
なお、受診結果を医師に記入していただき、学校へ提出してください。

学校での健診結果

- | | | | |
|--------------|------------------------------|--------|--------|
| 1. 結膜炎 | 2. 麦粒腫 | 3. 霰粒腫 | 4. 眼瞼炎 |
| 5. アレルギー性結膜炎 | 6. その他 () | | |
| A. 要受診 | B. 要観察 (症状が悪化するようなら受診してください) | | |

※通院中の方は受診時に記入いただき、学校に提出してください。

主治医殿

ご多忙中誠に恐れ入りますが、下記についてお知らせくださいますようお願いいたします。

- () 異常なし
() 経過観察
() 要精査 (診断名 の疑い)
() 要治療 (診断名)
() 治療中 (診断名)
() 治療終了 (診断名)

※ 指導事項 (必要があればご記載ください)

(1)水泳 (可・禁) (2)その他 ()

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

(押印不要)

※この書類については、北村山地区学校保健会の学校保健研究にも使用されることがあるため、公的医療機関を除く北村山地区内の医療機関では、「診断書料」、「文書作成料」等は算定しない取り決めになっております。
(北村山地区学校保健会/北村山地区医師会)