

令和 年 月 日

保護者 殿

学校名 学校

受診のすすめ（色覚）

年 組 氏名 さん

学校健診・健康相談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いただき、学校へ提出してください。

学校での健診結果

【 所見 】

読み取りに困難な個所がありましたので、眼科受診をお勧めいたします。

※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

() 異常あり

[診断名]

【 主治医からのコメント（必要があればご記入ください） 】

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)