

「※」印は学校が記入

※検診日 平成 年 月 日

※ 年 組 さん・保護者様

※ 学校長

健康診断結果（耳鼻咽喉科・聴力）のお知らせ

このたび、学校で行いました健康診断の結果、つぎの○印の病気等の疑いがあります。
早期に専門医を受診し、指導を受けることをおすすめします。

なお、受診するときは、この用紙と保険証をお持ちください。その際、下記の通知書に記入してもらい、学校へ提出してください。

※

1 耳垢栓塞	7 副鼻腔炎	13 音声異常
2 慢性中耳炎	8 鼻中隔湾曲症	14 言語異常
3 滲出性中耳炎	9 反復性鼻出血	15 口唇・口腔疾患
4 難聴の疑い	10 アデノイド	16 その他 ()
5 慢性鼻炎	11 扁桃肥大	17 前年診断された、または治療中の病名 ()
6 アレルギー性鼻炎	12 扁桃炎	

-----きーりーとーりーせーん-----

★ この用紙は、受診後、早めに結果を記入してもらい、上と切り離して提出してください。

耳鼻咽喉科診断結果通知書

病名 _____ ※

年組 氏名	年 組 さん
----------	-----------

聴力レベル (db)

- 1 異常なし
- 2 治療開始しました。
- 3 以前から治療観察中です。
- 4 このまま経過をみます。
- 5 治療完了

Hz	右	左
1000		
4000		

水泳についての所見 _____ 可・不可

平成 年 月 日

学校で配慮すべきこと

病院名又

は医師名 _____