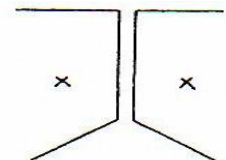



←学校は必ずどちらかに○を付けてから保護者（本人）に渡してください。

(表) **心臓疾患精密検査票 (令和8年度改正)**

保護者記入欄	保護者氏名 <small>(高校生においては本人自署可)</small>	情報提供に→ <small>(どちらかに必ず○を記入してください)</small>		同意する 同意しない
	連絡先 電話番号			
学校記入欄	学校名	年 組	性別	
	ふりがな 児童生徒氏名			
	上記の者は、学校医による健康診断の結果、精密検査を必要とするので よろしくをお願いします。 なお、精密検査を必要とする所見は、次のとおりであります。 令和 年 月 日 精密検査実施医療機関主治医 様 学校(園)名			
学校医記入欄	既往症	川崎病(年齢 歳)、リウマチ熱(年齢 歳) その他()		
	精密検査を 必要とする所見	<input type="checkbox"/> 校医診察心雑音() <input type="checkbox"/> 校医診察不整脈() <input type="checkbox"/> 心電図() <input type="checkbox"/> 問診票による(心臓病調査票:質問1→ a b c d e f) <input type="checkbox"/> 定期の精密検査のため <input type="checkbox"/> 校医診察その他()		
	校(園)医の意見	校医名	印 <small>(署名または記名押印)</small>	

胸部 理学的 所見	 <p>脈拍 整・不整 雑音 収縮期・拡張期・連続性 機能性心雑音</p>	心電図 負荷心電図(負荷法)
	胸部レントゲン所見 フィルム番号 _____  <p>肺野 : 明・正常・暗 CTR = %</p>	心エコー図 ホルター心電図 その他の検査
血圧	/ mm Hg	
診断名		
検査結果	1 要医療 2 要観察 医療機関による定期管理 (次回 年 か月後) 3 管理不要 4 異常なし	
指導区分	A・B・C・D・E (可・禁) 【詳細は裏面「学校生活管理指導表」に記入】	
診断日	令和 年 月 日	
検査機関名 医師名		

[保護者様] ●精密検査を受ける時は、必ずこの検査票を受付に提出してください。また、診察終了後は内容を確認し学校へ提出してください。

●心臓検診の結果を分析、評価し、検診の質の向上を図ることを目的として、本検査票の写しを鳥取県、県医師会、鳥大医学部で構成される「鳥取県健康対策協議会」に医療機関から情報提供させていただきます。提供にあたっては、 内の個人情報特定されないように、細心の注意を払いますので、本検査票の提供に同意していただきますようお願いいたします。

※ 上記保護者氏名の右横のいずれかに○をご記入の上、ご署名ください。 *同意されない場合は、情報提供はいたしません。

[診察医様] ●上記に同意・署名された方の本検査票については、 内の個人情報を黒塗り等により保護の上、持参された心電図カルテ(コピー)とともに鳥取県健康対策協議会に送付して下さい。