（表）　　心臓疾患精密検査票（平成２３年度改正）

**←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。**

**様式第１号**

**新規　定期**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **保護者記入欄** | 保護者氏名（高校生においては本人自署可） |  | 情報提供に**→**（どちらかに必ず○を記入してください） | 同意する　　　　　　　同意しない |
| **学　校　記　入　欄** | 学校名 |  | 年　　組 | 性別 |
|  |
| ふりがな氏　　　名 | 　　 |
| 住　　　所 |  |
| 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 | ○校医診察心雑音（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）○校医診察不整脈（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）○心電図（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）○問診票による（心臓病調査票：質問１→　a b c d e f ）○定期の精密検査のため○校医診察その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 校（園）医の意見 | 　　　　　　　　　　校医名　　　　　　　　　印(署名または記名押印) |

〔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、　　　 内の個人情報は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くださいますようお願いします。

**※ 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。

 **送付先FAX 0857-29-1578**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 胸部理学的所見 | 脈拍　　整・不整雑音　　収縮期・拡張期・連続性機能性心雑音 | 心電図負荷心電図（負荷法　　　　　）心エコー図ホルター心電図その他の検査 |
| 胸部レントゲン所見 | フイルム番号　　　　　　　肺野　：　明・正常・暗ＣＴＲ＝　　　　％ |
| 血圧 | 　　　　　　／　　　　　㎜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 |  |