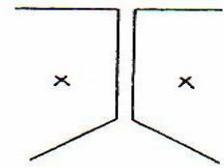


←学校は必ずどちらかに○を付けてから保護者（本人）に渡してください。

(表) 心臓疾患精密検査票 (平成23年度改正)

| | | | | |
|--------|--|---|------------------|---------------|
| 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 |
| | 学校名 | 年 組 | 性別 | |
| 学校記入欄 | 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 よろしくお願ひします。 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 (署名または記名押印) | |

| | | |
|-----------------|--|------------------------|
| 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 | |
| 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、鳥取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。