（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 | |  | |