＜学校（記入）→（保護者）→主治医（記入）→（保護者）→学校＞　　　　　　　　　　様式２

　主治医　様

　　健康診断の結果、肥満度は下記のとおりでした。

　　つきましては、下記の血液検査及び血圧測定等を実施のうえ、結果を記入し保護者にお渡しくださるようお願いいたします。

**学校医・かかりつけ医「受診報告書」**

学校で記入

|  |
| --- |
| 学校名　　　　　　　　　　　　　　　　年　　組　氏名　　　　　　　　　　　　　男・女  身長　　　　　　　　㎝ 体重　　　　　　　　㎏　　　肥満度　　　　　　　　％  　　　　　　　　　　　　　　（西暦　　　　年　　月測定） |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検　査　項　目 | | 結　　果 | 高次医療機関への紹介目安 |
| 生  化  学  検  査 | Ａ　Ｓ　Ｔ  Ａ　Ｌ　Ｔ  　 尿 　酸  血糖　空腹時  ＨｂＡ１ｃ  中性脂肪  総コレステロール  　ＨＤＬコレステロール | ＩＵ／Ｉ  ＩＵ／Ｉ  ｍｇ／ｄｌ  ｍｇ／ｄｌ  ％  ｍｇ／ｄｌ  ｍｇ／ｄｌ  ｍｇ／ｄｌ | ≧ 100  ≧ 100  ≧ 7.0  ≧ 126  　≧ 6.5  ≧ 120  　≧ 220  　 ≦ 40 |
|  | 尿　糖  血　圧  腹 囲 | （－）　　（＋）  　　／ 　　mmHg  　　　ｃｍ | （＋）以上 |
|  |  |  |  |
| ＜判定〈該当に○印〉＞  　１：要指導　　　　２：要高次医療機関 ／ 紹介先（　　　　　　　　　病院　）  ＜次回受診＞　　　　　ヶ月後  ＜学校への連絡や指導＞  　　　＊給食：おかわり　　不可　・　 可 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ＊運動：制　　限　　なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ★「可」や「あり」の場合には（　　　）に具体的な指導内容を記載して下さい。  ［例］ 給食：（野菜はおかわり可）  運動：（マラソンは膝の痛みが出たら中止）など | | | |
| 西暦　　　　年　　月　　日実施　　医療機関名  　 　　　医師氏名 | | | |

※検査の結果、高次医療機関への紹介の場合は、紹介状等にこの報告書の写しを添付してください。