

年 月 日

整形外科医 様

学校名  
学校長

静岡県医師会学校保健対策委員会  
学校脊柱検診結果検討小委員会

学校脊柱側弯症検診の結果に基づく二次検診(精密検査)のお願い(依頼書)

本校において実施した脊柱側弯症検診(一次検診)の結果、次の児童生徒が、脊柱側弯症の疑いがあるものと診断されましたので、貴院にて、改めましてご診察いただきますよう宜しくお願い申し上げます。

なお、二次検診に際しましては、**脊柱レントゲン写真を「立位」にてご撮影くださいますよう**お願いいたします。臥位でのレントゲン撮影では、側弯は実際より軽度に写ることがあり、正確な判断を誤ることにもなります。

また、精密検査の結果につきましては、別紙の「二次検診(精密検査)の結果通知書(様式3)」にご記入いただきますとともに、「脊柱側弯症管理区分(管理基準ガイドライン)」に基づき判定いただいた上で、児童生徒を通じて、本校宛てお知らせくださいますよう、お願いいたします。

児童生徒の氏名等	年 組	男・女
----------	-----	-----