

脊柱異常に対する二次検診(精密検査)についてのお願い

令和 年 月 日

整形外科担当医 殿

本校の生徒 (第 学年 組) は、このたび健康診断において、脊柱異常の疑いありとみなされました。つきましてはお手数ですが、貴院において精密検査を実施し、かつ、下段の通知書を以て本人に検査結果をお知らせ下さるようお願い申し上げます。

学校校長

*保護者の方はこの通知書を学校にお返し下さい

脊柱異常に対する二次検診(精密検査)結果通知書

学校 学年 組 殿

あなたの脊柱について、令和 年 月 日、当院において行った精密検査の結果は、次のとおりです。

立位全脊柱レントゲン撮影 (A - P と L - R 2 方向) による評価

- 異常の有無 ☐ 異常なし (10° 未満の側わんを含む)
☐ 異常あり ・側わん ・後わん ・その他
- 異常を認めた側わんの部位 (例: 第 11 胸椎～第 4 腰椎)、左右、側わん度、種別
 - | (1) | 部位 | 曲がり | Cobb 角 (10° 未満も記載) |
|-----|-------------------|-----|--------------------|
| | 第 胸・腰 椎 ～ 第 胸・腰 椎 | 左・右 | 度 |
| | 第 胸・腰 椎 ～ 第 胸・腰 椎 | 左・右 | 度 |
 - 種別 ☐ 特発性 ☐ 先天性 ☐ その他 ()
- 側わんにかかる管理指導の内容 (管理区分)
 - ☐ 10° 未満で軽度であるので次回の学校健診を待つ
 - ☐ 10° 未満であるが、10° に近いので 1 年後に再検
 - ☐ 10° 未満であるが、成長スパート時期なので 6 カ月後に再検
 - ☐ 10° 以上なので要経過観察 (カ月毎) (以上 4 区分はいずれも普通の生活を送って良い)
 - ☐ 要治療 (・当院 ・紹介先医療機関)
- 備考

医療機関名 医師名