

年 組 児童氏名

定期検診結果報告書

受診日	年 月 日
医療機関名	
検査内容等	・レントゲン撮影 ・CTスキャン ・MRI ・血液検査 ・脳波検査 ・リハビリ ・薬 ・尿 ・相談 ()
連絡事項 (検診結果・学校での 配慮事項等)	
次回検診予定日	年 月 日

船橋特別支援学校 保健室行き

___月___日 保健室で確認しましたので書類をお返しします。
新しい報告書を添付しますので次回お使いください。



年 組 児童氏名

定期検診結果報告書

受診日	年 月 日
医療機関名	
検査内容等	・レントゲン撮影 ・CTスキャン ・MRI ・血液検査 ・脳波検査 ・リハビリ ・薬 ・尿 ・相談 ()
連絡事項 (検診結果・学校での 配慮事項等)	
次回検診予定日	年 月 日

船橋特別支援学校 保健室行き

___月___日 保健室で確認しましたので書類をお返しします。
新しい報告書を添付しますので次回お使いください。

中学部・高等部 年 組 生徒氏名

定期検診結果報告書

受診日	年 月 日
医療機関名	
検査内容等	・レントゲン撮影 ・CTスキャン ・MRI ・血液検査 ・脳波検査 ・リハビリ ・薬 ・尿 ・相談 ()
連絡事項 (検診結果・学校での 配慮事項等)	
次回検診予定日	年 月 日

船橋特別支援学校 保健室行き

___月___日 保健室で確認しましたので書類をお返しします。
新しい報告書を添付しますので次回お使いください。



中学部・高等部 年 組 生徒氏名

定期検診結果報告書

受診日	年 月 日
医療機関名	
検査内容等	・レントゲン撮影 ・CTスキャン ・MRI ・血液検査 ・脳波検査 ・リハビリ ・薬 ・尿 ・相談 ()
連絡事項 (検診結果・学校での 配慮事項等)	
次回検診予定日	年 月 日

船橋特別支援学校 保健室行き

___月___日 保健室で確認しましたので書類をお返しします。
新しい報告書を添付しますので次回お使いください。