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。