

No.

成長曲線判定依頼書

令和 年 月 日 _____ 学校長

年 組 氏名 _____ 男 女

自動検索分類番号	
身体状況 (保健調査票等より)	【備考欄】 成長に関わる特記事項(思春期兆候の有無等)をご記入下さい

学校医判定	
<input type="checkbox"/> 異常なし	
<input type="checkbox"/> 経過観察	
<input type="checkbox"/> 医療機関を受診	
<input type="checkbox"/> 医療機関で経過観察中、または治療中	
<input type="checkbox"/> その他(_____)	
<input type="checkbox"/> 成長曲線小委員会での再判定	

成長曲線小委員会に再判定を依頼します。

きりとらないでください

再判定報告書

令和 年 月 日 成長曲線小委員会

以下の通り報告いたします。

成長曲線小委員会判定	
<input type="checkbox"/> 異常なし	
<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 既に経過観察、治療中
<input type="checkbox"/> 医療機関を受診	
かかりつけ医への受診を原則としますが、指定があれば下へ記入	

【具体的指示内容】