

よく読んでください

定期健康診断：学校では毎年、生徒の発育や健康状況を

知るために、検査や検診をします。

その結果に基づいて、治療を勧めたり、

保健の指導をしたりします。

平成 年 月 日

保護者 様

高等学校長

## 定期健康診断のお知らせ

定期健康診断を次のとおり行いますので、お知らせします。

家庭でご協力いただく検査もありますので、どうぞよろしくお願ひします。

1. 日時： 月 日 ( )

2. 検査内容：
- |                                  |                                     |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 内科検診    | <input type="checkbox"/> 視力検査       |
| <input type="checkbox"/> 身体測定    | <input type="checkbox"/> 色覚検査       |
| <input type="checkbox"/> 歯科検診    | <input type="checkbox"/> 寄生虫卵検査     |
| <input type="checkbox"/> 眼科検診    | <input type="checkbox"/> 尿検査        |
| <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科検診 | <input type="checkbox"/> 心電図検査      |
| <input type="checkbox"/> 聴力検査    | <input type="checkbox"/> ツベルクリン反応検査 |
| <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                     |

※ 検査結果は、後日ご連絡します。治療が必要なことがあれば、その時にお知らせしますので、

お近くの病院で受診・治療をした後、学校へ報告の用紙をご提出ください。

ご協力をお願いします。

