

診察医様 ご多忙のところ恐縮ですが、診療報告書にご記入いただき、本人にお渡しくさせていただきますようお願いいたします。

大阪教育大学附属池田中学校

項目		診断結果																診断医師名																																																																																																																																																			
1	身長	測定日 / cm																																																																																																																																																																			
2	体重	測定日 / kg																																																																																																																																																																			
3	視力	測定日 / 【右裸眼 矯正】 【左裸眼 矯正】																診断日 年 月 日																																																																																																																																																			
④	聴力	測定日 / 【右】 【左】																																																																																																																																																																			
5	内科	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療 () <input type="checkbox"/> 学校生活への指導 ()																																																																																																																																																																			
6	運動器	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要受診 <input type="checkbox"/> 学校生活への指導 ()																																																																																																																																																																			
7	結核	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査																診断日 年 月 日																																																																																																																																																			
8	尿	蛋白 () 糖 () 潜血 () <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 学校への指導 ()																																																																																																																																																																			
9	歯科	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td rowspan="2">歯列</td> <td rowspan="2">咬合</td> <td rowspan="2">顎関節</td> <td rowspan="2">歯垢の状態</td> <td rowspan="2">歯肉の状態</td> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td colspan="5">上</td> <td colspan="5">右</td> <td colspan="5">左</td> <td>上</td> </tr> <tr> <td colspan="5">0</td> <td colspan="5">下</td> <td colspan="5">E</td> <td colspan="5">D</td> <td colspan="5">C</td> <td colspan="5">B</td> <td colspan="5">A</td> <td colspan="5">A</td> <td colspan="5">B</td> <td colspan="5">C</td> <td colspan="5">D</td> <td colspan="5">E</td> <td colspan="5">下</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	歯列	咬合	顎関節	歯垢の状態	歯肉の状態	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2				3	4	5	6	7	8	上					右					左					上	0					下					E					D					C					B					A					A					B					C					D					E					下					1	1	1	1	1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	2	2	2	2	2																	<input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療															
歯列	咬合	顎関節						歯垢の状態	歯肉の状態	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																																																																																																												
			上							右					左					上																																																																																																																																																	
0					下					E					D					C					B					A					A					B					C					D					E					下																																																																																																									
1	1	1	1	1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																																																																																																																	
2	2	2	2	2																																																																																																																																																																	
⑩	耳鼻科	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療 *症状ある場合のみご受診ください <input type="checkbox"/> 学校生活への指導 ()																																																																																																																																																																			
⑪	眼科	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療 *症状ある場合のみご受診ください <input type="checkbox"/> 学校生活への指導 ()																																																																																																																																																																			