

健康診断(問診・結果票) 【耳鼻咽喉科】

糸満市立潮平 幼稚園・小・中・高等学校____年____組____番 氏名_____

保護者記入欄

家庭で(または本人が)気づいていること

* あてはまるものに○印をつけて下さい *

- 1 耳だれがでる
- 2 聞こえが悪い
- 3 いつも鼻がつまる
- 4 くしゃみが多く、鼻汁が多い
- 5 声がおかしい
- 6 上記以外で耳、鼻、のどのことで気になることがある

- 7 耳鼻科の病気で、以前治療を受けたまたは現在治療中

- 8 特になし

■ ■ 保護者の方へ 下記の欄はご記入しないで下さい ■ ■

健診担当者記入欄

【健康診断の結果】

- 1 異常なし
- 2 下記の疾患、疑いがあります

耳垢栓塞 慢性中耳炎 渗出性中耳炎 難聴の疑い 副鼻腔炎 アレルギー性鼻炎 慢性鼻炎
鼻中隔彎曲症 アデノイド疑い 扁桃肥大 扁桃炎 音声異常 言語異常 口腔疾患 その他()

① 耳鼻科を受診して下さい ② 症状がある時は耳鼻科を受診して下さい

- 3 欠席のため検診を受けていません

医療機関担当者記入欄

【受診結果報告書】

- 1 診断名 _____
- 2 処置
 - 1) 治療の必要なし
 - 2) このまま様子をみる
 - 3) 治療完了
 - 4) 現在治療中

- 3 学校生活上の留意点
 - 1) プール入水(可・否)
 - 2) その他 _____

令和 年 月 日

医療機関
及び医師名

印

※医療機関受診後、学校に提出して下さい。