年　　月　　日

保護者　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校長

結核精密検診のお知らせ

今年の定期健康診断において、ご家庭で記入・提出して頂いた問診票を参考に校医の診察を実施しましたところ、あなたのお子さまには結核精密検診の該当項目がありました。このため、○○保健所管内学校結核対策委員会において結核専門医により審査した結果、**胸部エックス線撮影**が必要と判定されました。

　つきましては、お子さまの健康管理に重要な検診ですので、別紙【結核精密検診受診票（４枚複写）】と保険証を持参して、裏面結核精密検診協力医療機関を受診されますようお願いいたします。

なお、裏面協力医療機関で受診される場合、費用は無料となります。

受診票の有効期限…**年　　月　　日まで**