年　月　日

保護者　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　校長　○○○○

 　年　組 　番

**聴力検査結果のお知らせ**

 過日実施いたしました聴力検査の結果、お子さまは（右・左）耳が音を聞きとりにくいようでした。

つきましては、早めに専門医（耳鼻咽喉科）を受診されますようお勧めいたします。

なお、受診されましたら下の用紙にて受診結果をお知らせください。すでに、受診されている場合は、その旨をお知らせくださいますようお願いいたします。

　※　学校での検査はスクリーニング（ふるい分け）検査です。必ずしも整った環境での検査

　　ではありませんので、受診の結果、異常なしという場合もありますのでご了承ください。

受診結果報告書は切り取らずにご提出ください。

**受 診 結 果 報 告 書**

保護者記入用

 　　　　　年　　組　番　名前

　医師の診断及び治療を受けた結果について、必要事項をご記入ください。

 １　診断名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

 ２　治療について 　（1）治療の必要がない。

 　　　　　　　　　 （2）治療、観察の必要あり。

 　　　　　　　　　 　① このまま様子を見る

 　　　　　　　　　　 ② 治療継続中

　 　　　　　　　　　　 ③ 治療済み

 （3）その他 （ 　　）

 ３　日常生活や学校で注意すること

 （1）なし

　　　　　　　　（2）あり どんなことですか（　　　　　　　　　　　　　　　　）

 ４　受診した日　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者名