＜高次医療機関主治医（記入）→（保護者）→学校＞　　 　様式５

**高次医療機関「受診報告書」**

|  |
| --- |
| 学校名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　組　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女  身長　　　 　　　　　　　　　㎝ 体重　　　　　　 　　　　　　　㎏　　　肥満度　　　 　　　　　　　　％  （西暦　　　　　　年　　　　　月測定） |

**【検査結果】**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＡＳＴ |  | ＩＵ／Ｉ |  | 尿糖 | （＋）　（−） |  |
| ＡＬＴ |  | ＩＵ／Ｉ |  | 血圧 | ／ | ｍｍＨｇ |
| 尿酸 |  | ｍｇ／ｄｌ |  | 腹囲 |  | ｃｍ |
| 血糖 |  | ｍｇ／ｄｌ |  |  |  |  |
| HbA1c |  | ％ |  |  |  |  |
| 中性脂肪 |  | ｍｇ／ｄｌ |  |  |  |  |
| 総コレステロール |  | ｍｇ／ｄｌ |  |  |  |  |
| ＨＤＬコレステロール |  | ｍｇ／ｄｌ |  |  |  |  |

その他の検査（実施した場合に記入）

OGTT 腹部エコー

アプノモニター

【診断区分（該当に◯）】

1．単純性肥満 2．症候性肥満（疾患名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

合併症

a．睡眠時無呼吸症候群 b．関節痛 c．2型糖尿病 d．脂質異常症 e．高尿酸血症 f．脂肪肝 g．高血圧 h．発達障害

i．その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【管理区分】

1．要指導（次回受診　　　　　　ヶ月後）

2．要治療（治療内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

3．特別支援学校が併設された医療機関に紹介（紹介先医療機関：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

4．管理不要

【学校への指導】

＊給食 ： おかわり 不可　・　可 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＊運動 ： 制 限 なし　・　あり （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

★　「可」や「あり」の場合には（　）に具体的な指導内容を記載してください．

　例）　給食：（野菜は可）　　　運動：（マラソンは膝の痛みが出たら中止）　など

＊その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

-----------------------------------------------------------------------------

上記のとおり報告いたします。

西暦　　　　　年　　　　月　　　　日

医療機関名

医師名

※特別支援学校が併設された医療機関に紹介する必要がある場合は、紹介状等にこの報告書の写しを添付してください。