

## 担任・養護教諭の先生へ

貴校の児童・生徒：\_\_\_\_\_さま は、口腔の健康回復のため、医学的に必要な通院加療を要し、定期的な通院が必要です。

「歯の萌出位置異常」や「顎顔面骨の大きさの不調和」は、子ども（児童・生徒）の健康上の問題であり、口腔環境、健やかな発育や成長、社会生活や自尊心に直接的な影響を与えます。

これを改善することは、学校歯科健診で指摘されたように、お子さまの将来の生活機能・活動制限・社会参加にとっての大切な健康上の医療となっています。

どうぞご理解いただきますとともに、ご配慮ご協力をお願い申し上げます。

院長

---

## 傷病通知書・受診証明書

受診（予定）日： 令和 年 月 日

\_\_\_\_\_小・中・高等 学校長 様

受診患者： \_\_\_\_\_年 組 番 氏名： \_\_\_\_\_

(生年月日： 平成・令和 年 月 日 生)

傷 病 名： ( \_\_\_\_\_ )

上記の傷病・疾病により、下記の期間の加療をいたします。

治療期間： \_\_\_\_\_年 月 日 ～ \_\_\_\_\_年 月 頃まで

制限事項、配慮すべき事項など：

- ※ 4～8週に1度の通院を要す。
- ※ 通院時の診察時間は30分程度。
- 顎間ゴム を日中に使用しています。
- 装置により2～3週間程度、発音が不明瞭な場合があります。
- 歯を抜きました。止血のため、本日の体育は控えてください。

担当医名

印

(医療機関名)

---