

# 児童・生徒もれ検査申込書

- ◎ もれ検査を実施する場合は、検査によって前日までに電話予約が必要です。
- ◎ 検査当日は下記の必要事項を記入のうえ、こちらの申込書を忘れずに持参下さい。
- ◎ 検査結果は学校（園）へご報告します。

## ① 受診項目（該当する番号を○で囲んでください。）と予約について

### 【予約不要】

1. 尿検査 **提出時間：月～土曜日 8：00～11：00**  
 ※採尿当日の尿のみ受取可

※第一土曜日・日曜・祝日・旧盆・  
 年末年始は休館となります。

### 【要予約】 検診時間：月～金曜日 15：00～16：00 土曜日 10：00～11：00

2. 視力検査    3. 聴力検査    4. 心電図検査    5. 胸部X線撮影

### ※予約番号・予約時間

(098) 889-6429    8：00～11：00    13：00～16：00（土曜日は午前のみ）

## ②もれ検査の受診期限 ※必ず記入して下さい

[            月            日 ]

学校名		担当者名 (養護教諭名)	
年	組	番	学校TEL
フリガナ			性別            男 ・ 女
氏名			

