

# 乳児股関節二次検診紹介状

(日本小児整形外科学会推奨様式)

紹介先医療機関： 福井県こども療育センター → Fax : 0776-53-6576  
乳児股関節脱臼二次検診担当医 先生

紹介児氏名： \_\_\_\_\_ (男・女) (令和 年 月 日生)

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

【一次健診結果（推奨項目）】 出生予定日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

- 股関節開排制限（右・左）
- ②大腿皮膚溝または鼠径皮膚溝の非対称
- ③家族歴（血縁者の股関節疾患： \_\_\_\_\_ ）
- ④女兒
- ⑤骨盤位分娩（帝王切開時の肢位を含む）
- 一次健診医の判断
- 保護者の精査希望

二次検診への紹介について： ①開排制限が陽性であれば紹介する  
②、③、④、⑤のうち2つ以上あれば紹介する  
一次健診医の判断や保護者の精査希望も配慮する

上記の通り、日本整形外科学会・日本小児整形外科学会の紹介基準に該当  
しましたのでご精査の程、宜しくお願い申し上げます。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 保健所／市・区・町・村

担当医師： \_\_\_\_\_

返信欄：二次検診結果をご報告申し上げます。

- 異常なし
- 所見あり ⇒ 診断名：[右、左、両側] 脱臼、亜脱臼、臼蓋形成不全、  
その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 経過観察いたします
- 治療（ \_\_\_\_\_ ）開始いたします

二次検診施設： 福井県こども療育センター \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

担当医師： \_\_\_\_\_