

へんじ ねが
返事をお願いします

ていき けんこうしんだん けっか がっこう ていきてき おこな けんこうしんだん
定期健康診断結果：学校で定期的に行う健康診断について、
けっか ほごしゃ し
その結果を保護者にお知らせします。
ちりょう すす ほけん しどう
治療を勧めたり保健の指導をすることがあり
ます。その場合には、ご協力をお願いします。

へいせい ねん がつ にち
平成 年 月 日

ほごしゃ さま
さんの保護者様

がっこうちよう
学校長

ていき けんこうしんだん けっか し 定期健康診断結果のお知らせ

ていきけんこうしんだん けっか し
定期健康診断の結果をお知らせします。

いじよう
異常なし

しんちよう 身長	たい じゅう 体重	ざ こう 座高
cm	kg	cm

けんこうしんだん けんさ けっか こ つぎ てん しんさつ ちりょう う ひつよう
健康診断・検査の結果、お子さんは次の点について、診察または治療を受ける必要があります。

し か <歯科>	<input type="checkbox"/> むしば 虫歯	<input type="checkbox"/> しこう 歯垢	<input type="checkbox"/> はなら 歯並び	<input type="checkbox"/> その他 ⇒	し か い い ん 歯科医院へ
が ん か <眼科>	<input type="checkbox"/> しりよく 視力	<input type="checkbox"/> けつまく 結膜	<input type="checkbox"/> その他	⇒	が ん か い い ん 眼科医院へ
じ び い ん こ う か <耳鼻咽喉科>	<input type="checkbox"/> ちりょうよく 聴力	<input type="checkbox"/> ちゅうじえん 中耳炎	<input type="checkbox"/> なんちよう うたが 難聴の疑い	⇒	じ び い ん こ う か い い ん 耳鼻咽喉科医院へ
じ び い ん こ う か <耳鼻咽喉科>	<input type="checkbox"/> びえん 鼻炎	<input type="checkbox"/> へんとうせんひだい 扁桃腺肥大	<input type="checkbox"/> その他		
な い か <内科>	<input type="checkbox"/> しんぞう 心臓	<input type="checkbox"/> によう 尿	<input type="checkbox"/> その他	⇒	な い か い い ん 内科医院へ
た <その他>				⇒	

ちか びよういんじゅしん ちりょう のちした ようし がっこう ていしゆつ きょうりよく ねが
※ お近くの病院で受診・治療をした後、下の用紙を学校にご提出ください。ご協力をお願いいたします。

びよういん い のち ほごしゃ かた きにゆう
(病院に行った後、保護者の方がご記入ください。)

じゅしんけっか ほうこくしょ 受診結果 報告書

(に を記入してください。)

- びよういん い ちりょう お
病院へ行って、治療を終わりました。
- びよういんちりょう ちりょう じかん
病院で治療をしています。治療には時間がかかります。
- びよういん い しょうす い
病院へ行きましたが、しばらく様子を見るように言われました。

がつ にち
月 日

ねん くみ ばん
年 組 番

じどう せいとしめい
児童・生徒氏名

ほごしゃしめい
保護者氏名

Denos su
respuesta.

Resultado del examen médico periódico (ていき けんこう しんだん けっか)

Les comunican el resultado del examen médico periódico realizado en la Escuela. Dependiendo del resultado del examen, se recomendará someterse a un tratamiento o se dará la orientación de salud a su hijo(a) si hace falta.

Año Heisei _____ mes _____ día _____
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(西暦 20)

Sres. Padres o tutores del Sr. { 男子 } / Sres.
Padres o tutores de la Srta. { 女子 }

_____ (児童・生徒氏名)

Director de la Escuela _____ (学校名)

Resultado del examen médico periódico

Les comunicamos el resultado del examen médico periódico.

Estatura	Peso	Altura de uno sentado
_____ cm	_____ kg	_____ cm

Sin anomalías.

Según el resultado del examen médico, su hijo(a) necesita consultar al médico o ser tratado(a) en el(los) siguiente(s) punto(s).

<Odontología>	<input type="checkbox"/> Caries <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Dentadura <input type="checkbox"/> Otro	⇒ Consultar al odontólogo
<Oftamología>	<input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Conjuntivitis <input type="checkbox"/> Otro	⇒ Consultar al oftalmólogo
<Otorrinolaringología>	<input type="checkbox"/> Capacidad auditiva <input type="checkbox"/> Otitis media <input type="checkbox"/> Se sospecha la dificultad para oír. <input type="checkbox"/> Rinitis <input type="checkbox"/> Amígdala hipertrófica <input type="checkbox"/> Otro	⇒ Consultar al otorrinolaringólogo
<Medicina general>	<input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/> Otro	⇒ Consultar al médico general
<Otro>	(_____)	⇒

※ Entregue la parte inferior de esta hoja a la Escuela después de consultar al médico o ser tratado(a) en el hospital cerca de su casa. Agradecemos su colaboración.



定期健康診断結果(受診報告)

(Después de ir al hospital, escriban los padres o tutores)

Informe del resultado de la consulta médica

(Ponga ✓ en)

- Hemos ido al hospital y ha terminado el tratamiento.
 Mi hijo(a) sigue un tratamiento en el hospital, que tardará tiempo.
 Hemos ido al hospital y nos han dicho que se observe el estado.

mes _____ día _____
月 日

Grado _____ Clase _____ Número _____

Nombre del alumno(a) _____

Nombre del tutor(a) _____