

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	たいじゆう 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"/> ちゆうじえん 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
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
その他					⇒

ちか びよういんじゆしん ちりょう のちした ようし がっこう ていしゆつ きようりよく 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。)

じゆしんけっか ほうこくしよ 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 ちりょう ようす 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

กรุณาส่งแบบตอบรับ

ผลการตรวจสุขภาพประจำปี (ていき けんこう しんたん けっか)

ทางโรงเรียนจะแจ้งผลการตรวจสุขภาพซึ่งจัดขึ้นเป็นประจำให้แก่ผู้ปกครองทราบ
จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในกรณีที่ได้รับคำแนะนำให้ทำการรักษาโรคหรือ
คำแนะนำด้านสุขภาพอนามัย

ปีเซเชที่ _____ เดือน _____ วันที่ _____
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

เรียน ท่านผู้ปกครอง _____
(児童・生徒氏名)

ผู้อำนวยการโรงเรียน _____
(学校名)

แจ้งผลการตรวจสุขภาพประจำปี

แจ้งผลการตรวจสุขภาพประจำปี

ส่วนสูง	น้ำหนัก	ความสูงขณะนั่ง
ซ.ม.	ก.ก.	ซ.ม.

ไม่พบความผิดปกติ

จากผลการตรวจสุขภาพ บุตรหลานของท่านจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาโรค ในหัวข้อต่อไปนี้

<แผนกทันตกรรม>	<input type="checkbox"/> ฟันผุ	<input type="checkbox"/> หินปูน	<input type="checkbox"/> การจัดเรียงตัวของฟัน	<input type="checkbox"/> อื่นๆ	⇒ ติดต่อแผนกทันตกรรมของโรงพยาบาล
<แผนกจักษุ>	<input type="checkbox"/> สายตา	<input type="checkbox"/> เยื่อบุตา	<input type="checkbox"/> อื่นๆ		⇒ ติดต่อแผนกจักษุของโรงพยาบาล
<แผนกคอ หู จมูก>	<input type="checkbox"/> ความสามารถในการได้ยิน	<input type="checkbox"/> หูชั้นกลางอักเสบ	<input type="checkbox"/> อาจมีความผิดปกติในการได้ยิน		⇒ ติดต่อแผนกหู คอ จมูกของโรงพยาบาล
<แผนกอายุรกรรม>	<input type="checkbox"/> หัวใจ	<input type="checkbox"/> ปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ		⇒ ติดต่อ แผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาล
<อื่นๆ>	()				⇒

※ ขอความกรุณายื่นเอกสารด้านล่างแก่ทางโรงเรียน หลังจากที่ได้ทำการตรวจและรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

定期健康診断結果(受診報告)

(ท่านผู้ปกครองโปรดกรอกหลังจากไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเรียบร้อยแล้ว)

หนังสือแจ้งผลการตรวจ

(กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □)

- เดินทางไปโรงพยาบาล และได้รับการรักษาเรียบร้อยแล้ว
- ขณะนี้กำลังรักษาอยู่ที่โรงพยาบาล ยังต้องใช้เวลาในการรักษาอีกระยะหนึ่ง
- เดินทางไปโรงพยาบาลแล้ว แพทย์แจ้งว่าให้รอดูอาการก่อนสักระยะหนึ่ง

เดือน _____ วันที่ _____
月 日

ชั้นปีที่ _____ ห้อง _____ เลขที่ _____

ชื่อนักเรียน _____

ชื่อผู้ปกครอง _____