

よく読んでください

定期健康診断：学校では毎年、生徒の発育や健康状況を

知るために、検査や検診をします。

その結果に基づいて、治療を勧めたり、

保健の指導をしたりします。

平成 年 月 日

保護者 様

高等学校長

定期健康診断のお知らせ

定期健康診断を次のとおり行いますので、お知らせします。

家庭でご協力いただく検査もありますので、どうぞよろしくお願ひします。

1. 日時： 月 日 ()

2. 検査内容：
- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 内科検診 | <input type="checkbox"/> 視力検査 |
| <input type="checkbox"/> 身体測定 | <input type="checkbox"/> 色覚検査 |
| <input type="checkbox"/> 歯科検診 | <input type="checkbox"/> 寄生虫卵検査 |
| <input type="checkbox"/> 眼科検診 | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科検診 | <input type="checkbox"/> 心電図検査 |
| <input type="checkbox"/> 聴力検査 | <input type="checkbox"/> ツベルクリン反応検査 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

※ 検査結果は、後日ご連絡します。治療が必要なことがあれば、その時にお知らせしますので、

お近くの病院で受診・治療をした後、学校へ報告の用紙をご提出ください。

ご協力をお願いします。

Leia com atenção Exame de Saúde Periódico: Todos os anos, para saber sobre o desenvolvimento do aluno/a ou das condições de saúde, a escola faz exames e exame clínico. Com base neste resultado, recomendaremos tratamentos e daremos orientações sobre saúde.

Ano (Era Heisei) ____/ (mês)____/ (dia)____

Aos Pais e Responsáveis

Diretor do Colégio _____

Aviso sobre Exame de Saúde Periódico

Aviso de que realizaremos o exame de saúde periódico como indica abaixo. Pedimos sua colaboração pois há exames para serem feitos em casa.

1. Data: ____ (mês) ____ (dia) ()

2. Exames:
- | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Exame clínico geral | <input type="checkbox"/> Exame de visão |
| <input type="checkbox"/> Medição de peso e altura | <input type="checkbox"/> Exame de daltonismo |
| <input type="checkbox"/> Exame odontológico | <input type="checkbox"/> Exame de parasitas |
| <input type="checkbox"/> Exame oftalmológico | <input type="checkbox"/> Exame de urina |
| <input type="checkbox"/> Exame otorrinolaringológico | <input type="checkbox"/> Exame de eletrocardiograma |
| <input type="checkbox"/> Exame auditivo | <input type="checkbox"/> Exame de reação à tuberculina |
| <input type="checkbox"/> Outros () | |

※ O resultado do exame será informado posteriormente. Se houver necessidade de tratamento, avisaremos nessa hora. Depois de se consultar ou fizer tratamento em algum hospital mais próximo, entregue o Formulário Informativo à escola. Pedimos sua colaboração.