

よく読んでください。

定期健康診断： 学校では毎年、子ども達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
指導をします。

保護者 様

平成 年 月 日

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"/> 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 da criança ou das condições de saúde, a escola faz exames e exame clínico. Com base no resultado, recomendamos tratamento e orientamos sobre saúde.

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

Aos Senhores Pais

Diretor da Escola _____

(Nome da escola)

EXAME DE SAÚDE PERIÓDICO

Realizaremos o Exame de Saúde Periódico como indica abaixo.

Pedimos a 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 |

Outros (_____)

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