

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、その  
けっか ほごしや し  
結果を保護者にお知らせします。結果によっては治療を勧めたり、  
ほけん しどう  
保健の指導をしたりすることがあります。その場合には、ご協力  
ねが  
をお願いします。

へいせい ねん がつ にち  
平成 年 月 日

さんのほごしや さま  
保護者様

こうとうがっこうちやう  
高等学校長

### ていきけんこうしんだんけっか の お知らせ

ていきけんこうしんだん けっか  
定期健康診断の結果をお知らせします。

しんちやう 身長	たいじゆう 体重	ぎこう 座高
c m	k g	c m

いじやう  
異常なし

けんこうしんだん けんさ けっか こ  
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 <input type="checkbox"/> しこう <input type="checkbox"/> はなら <input type="checkbox"/> その他 → しかいいんへ 虫歯 歯垢 歯並び
がんか 眼科	<input type="checkbox"/> しりよく <input type="checkbox"/> けつまく <input type="checkbox"/> その他 → がんかいいんへ 視力 結膜
じびいんこうか 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> ちやうりよく <input type="checkbox"/> ちゆうじえん <input type="checkbox"/> なんちやう うたが 聴力 中耳炎 難聴の疑い → じびいんこうかいいんへ <input type="checkbox"/> びえん <input type="checkbox"/> へんとうせんひだい <input type="checkbox"/> その他 鼻炎 扁桃腺肥大
ないか 内科	<input type="checkbox"/> しんぞう <input type="checkbox"/> にやう <input type="checkbox"/> その他 → ないかいいんへ 心臓 尿
その他	→

※お近くの病院で受診・治療をした後、「受診結果報告書」を学校にご提出ください。

ご協力をお願いいたします。

(病院に行った後、保護者の方がご記入ください)

\_\_\_\_\_  
高等学校長様

## 受診結果報告書

(□に✓を記入してください)

- 病院へ行って、治療を終わりました。
- 病院で治療をしています。治療には時間がかかります。
- 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。

\_\_\_\_\_  
月 日

\_\_\_\_\_  
年 組 番 生徒氏名

\_\_\_\_\_  
保護者氏名

R. S. V. P, please

Annual Health Checkup Results: The Annual Health Checkup Results are reported to the parents/guardian.

There may be some cases where medical treatment is recommended and/or a student receives health instruction.

Please make sure the student receives the appropriate treatment, after he/she has received the results.

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dear Parent/Guardian of \_\_\_\_\_

Principal of \_\_\_\_\_ High School

### Annual Health Checkup Results

The results of your child's annual health checkup are as follows.

Height	Weight	Seated Height
c m	k g	c m

No problems

Need to consult with a following doctor for diagnosis and/or treatment

Dental	<input type="checkbox"/> Cavities <input type="checkbox"/> Plaque <input type="checkbox"/> Alignment <input type="checkbox"/> Other → See a dentist
Eye	<input type="checkbox"/> Eye sight <input type="checkbox"/> Conjunctivitis <input type="checkbox"/> Other → See a eye doctor
Ear Nose and Throat	<input type="checkbox"/> Hearing <input type="checkbox"/> Middle Ear Infection <input type="checkbox"/> Possible Hearing Difficulties <input type="checkbox"/> Nasal inflammation <input type="checkbox"/> Enlarged Tonsils <input type="checkbox"/> Other → See an ear, nose and throat doctor
Internal medicine	<input type="checkbox"/> Heart <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Other → See a physician
Other	→

※After receiving diagnosis/treatment at hospital, please submit the following form. Parent's cooperation in this matter is very much appreciated

(This form should be filled out by the parent/guardian)

To The principal of \_\_\_\_\_High School

### Treatment Report

(Please check the box.)

- The treatment at hospital is completed.
- Currently on a course of treatment. The completion of treatment will take some time.
- The doctor advised us to wait and see how the symptoms develop.

Date \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Grade\_\_\_\_\_Class\_\_\_\_\_Student#\_\_\_\_\_ Student' s name \_\_\_\_\_

Parent' s name\_\_\_\_\_