

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

Denos su respuesta Resultado del examen médico periódico: Les comunican el resultado del examen médico periódico realizado en la Escuela. Dependiendo del resultado del examen, puede que se recomiende someterse a un tratamiento o se dé la orientación de salud a su hijo(a) si hace falta. Rogamos su colaboración en tal caso.

Año Heisei _____ mes _____ día _____

平成 年 月 日

(西曆 20)

Señores Padres de Familia:

Director de la Escuela Secundaria Superior _____

(高等学校名)

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 →Al odontólogo
Oftamología	<input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Conjuntivitis <input type="checkbox"/> Otro →Al oftalmólogo
Otorrinolarinología	<input type="checkbox"/> Capacidad auditiva <input type="checkbox"/> Otitis media <input type="checkbox"/> Se sospecha la dificultad para oír. →Al otorrinolaringólogo <input type="checkbox"/> Rinitis <input type="checkbox"/> Amígdala hipertrófica <input type="checkbox"/> Otro
Medicina general	<input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/> Otro →Al médico general
Otro	→

※Entregue el informe del resultado de la consulta médica a la Escuela después de consultar al médico o ser tratado(a) en el hospital cerca de su casa. Agradecemos su colaboración.

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

Sr. Director de la Escuela Secundaria Superior_____

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

Año _____ Clase _____ Número _____ Nombre del estudiante _____

Nombre del tutor(a) _____