

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 し
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"/> はならび <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

Responda Resultado do Exame de Saúde Periódico: Informaremos o resultado aos pais/responsáveis sobre o Exame de Saúde realizado periodicamente na escola. Dependendo do resultado, poderemos dar sugestões sobre tratamentos e orientações sobre saúde, etc. Nesses casos, pedimos sua colaboração.

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

Pais ou Responsáveis de _____

Diretor do Colégio _____

Aviso sobre Resultado do Exame de Saúde Periódico

Informações sobre o resultado de exame médico periódico.

Altura	Peso	Altura do Tronco
cm	Kg	cm

Sem problemas

De acordo com o resultado dos exames, é necessário que seu(sua) filho(a) receba um novo diagnóstico ou tratamento nos seguintes pontos.

Odontológico	<input type="checkbox"/> cárie <input type="checkbox"/> placas <input type="checkbox"/> alinhamento dos dentes <input type="checkbox"/> outros → Vá ao odontologista
Oftalmológico	<input type="checkbox"/> visão <input type="checkbox"/> conjuntivite <input type="checkbox"/> outros → Vá ao oftalmologista
Otorrino- laringológico	<input type="checkbox"/> audição <input type="checkbox"/> otite média <input type="checkbox"/> suspeita de dificuldade de audição → Vá ao otorrinolaringologista <input type="checkbox"/> renite <input type="checkbox"/> hipertrofia da amígdala <input type="checkbox"/> outros
Clínico Geral	<input type="checkbox"/> coração <input type="checkbox"/> urina <input type="checkbox"/> outros → Vá a um clínico geral
Outros	→

※ Depois que se consultar ou fizer tratamento em algum hospital próximo, entregue o formulário “Informativo sobre o Resultado do Diagnóstico” à escola.

Pedimos sua colaboração.

(Depois que for ao hospital, deve ser preenchido pelos pais/responsáveis.)

Ao Sr. Diretor do Colégio _____

Informativo sobre o Resultado do Diagnóstico

(Faça um dentro do)

- Fomos ao hospital e terminamos o tratamento.
- Estamos fazendo o tratamento no hospital. O tratamento levará um certo tempo.
- Fomos ao hospital mas o médico disse para observar por um tempo.

_____ (mês) _____ (dia)

_____ série _____ grupo _____ Nome do aluno _____

Nome do responsável _____