

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、
けっか ほごしゃ し
その結果を保護者にお知らせします。
ちりょう すす ほけん しどう
治療を勧めたり保健の指導をすることがあり
ます。その場合には、ご協力をお願いします。

へいせい ねん がつ にち
平成 年 月 日

ほごしゃ さま
さんの保護者様

がっこうちよう
学校長

ていき けんこうしんだん けっか し 定期健康診断結果のお知らせ

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。

いじょう
異常なし

しんちよう 身長	たいじゆう 体重	ざこう 座高
cm	kg	cm

けんこうしんだん けんさ けっか こ つぎ てん しんさつ ちりょう う ひつよう
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 虫歯	<input type="checkbox"/> しこう 歯垢	<input type="checkbox"/> はなら 歯並び	<input type="checkbox"/> その他 ⇒ しかいいん 歯科医院へ
がんか <眼科>	<input type="checkbox"/> しりよく 視力	<input type="checkbox"/> けつまく 結膜	<input type="checkbox"/> その他 ⇒	がんかいいん 眼科医院へ
じびいんこうか <耳鼻咽喉科>	<input type="checkbox"/> ちりょうよく 聴力	<input type="checkbox"/> ちゆうじえん 中耳炎	<input type="checkbox"/> なんちよう うたが 難聴の疑い	⇒ じびいんこうかいいん 耳鼻咽喉科医院へ
ないか <内科>	<input type="checkbox"/> しんぞう 心臓	<input type="checkbox"/> によう 尿	<input type="checkbox"/> その他 ⇒	ないかいいん 内科医院へ
その他				⇒

ちか びやういんじゆしん ちりょう のちした ようし がっこう ていしゆつ きやうりよく ねが
※ お近くの病院で受診・治療をした後、下の用紙を学校にご提出ください。ご協力をお願いいたします。

びやういん い のち ほごしゃ かた きにゆう
(病院に行った後、保護者の方がご記入ください。)

じゆしんけっか ほうこくしょ 受診結果 報告書

(に を記入してください。)

- びやういん い ちりょう お
病院へ行って、治療を終わりました。
- びやういんちりょう ちりょう じかん
病院で治療をしています。治療には時間がかかります。
- びやういん い ようす い
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。

がつ にち
月 日

ねん くみ ばん
年 組 番

じどう せいとしめい
児童・生徒氏名

ほごしゃしめい
保護者氏名

RESPONDA**RESULTADO DO EXAME DE SAÚDE PERIÓDICO**

Informaremos o resultado aos pais sobre o Exame de Saúde realizado periodicamente na escola.

Faremos sugestões sobre tratamentos e orientações sobre saúde. Nesses casos, pedimos colaboração.

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

Aos Senhores Pais de _____

(Nome do aluno/ criança)

Diretor da Escola _____

(Nome da escola)

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"/> rinite	<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 mais próximo, entregue o formulário abaixo à escola. Pedimos sua colaboração.

Relatório do resultado do exame de saúde periódico

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

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 me disse para observar por um tempo.

____(mês)/____(dia)

____ série – grupo ____ - número ____ Nome da criança/aluno _____

Nome do(a) pai (mãe) _____