令和 Reiwa Ano\_\_\_年mês\_\_\_月dia\_\_\_日

（R5改訂版）(ポルトガル語)

Senhores Pais ou Responsáveis do aluno　　　　　　　　　　　　保護者様

**Resultado do Exame de Saúde para o Ingresso Escolar**就学時健康診断結果のお知らせ

Segue abaixo o resultado do exame de saúde para o ingresso escolar.就学時健康診断結果について、下記のとおりお知らせします。

（　　　）Não será necessário fazer consulta com médico especialista.専門医の受診の必要はありません。

（　　　）Aconselhamos que passe por consulta com médico especialista.専門医の受診をお勧めします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Item　項目 | Itens que resultaram em suspeita de doença ou anormalidadesAconselhamos que passe por consulta com médico especialista疾病又は異常の疑いがある項目専門医の受診をお勧めします | Item　項目 | Itens que resultaram em suspeita de doença ou anormalidadesAconselhamos que passe por consulta com médico especialista疾病又は異常の疑いがある項目専門医の受診をお勧めします |
| Estado Nutricional栄養状態 | Desnutrição栄養不良 |  | Doenças otorrinolaringológicas耳鼻咽頭疾患 |  |
| Tendênciaà obesidade肥満傾向 |  | Doença de Pele皮膚疾患 |  |
| Coluna 脊　　柱 |  | Cáries歯 | Dente de Leite乳歯 | Número de dente sem tratamento ( )未処置歯（　　　　　　本） |
| Caixa torácica 胸　　郭 |  |
| Vista視力 | Direita 右 | B ・ C ・DCom óculos めがね（　B・C・D　） | Dente Permanente永久歯 | Número de dente sem tratamento ( )未処置歯（　　　　　　本） |
| Esquerda 左 | B ・C ・ DCom óculosめがね（　B・C・D　） |
| Audição聴力 | Direita 右 |  | Outras doenças e anormalidades na cavidade bucalその他口腔の疾病及び異常 |  |
| Esquerda 左 |  |
| Doenças e anormaliasoculares眼の疾病及び異常 |  | Outras doenças e anormalidadesその他の疾病・異常 |  |

※Caso não tenha nada marcado na folha é porque não apresenta anormalidades. ○のない項目や空欄は、異常なしです。

※Modo de ver o resultado do exame de vista視力検査結果の見方　Levar no oftalmo nos casos de B・C・Dの場合は、専門医による精密検査をお勧めします。

〇のない場合・・A (mais de 1.0)「A」1.0以上B (0.9 à 0.7)「B」・・0.7～0.9　C (0.6 à 0.3)「C」・・0.3～0.6 D (Menos que 0.2)「D」・・0.2以下

　※Modo de ver o resultado do exame de audição聴力検査結果の見方

Se não tiver marcado nada está normal空欄・・異常なしSe tiver uma bolinha, pouca dificuldade de audição○・・少し聞こえにくい

Secretaria da Educação de Toyohashi豊橋市教育委員会

pw08shuugaku(2023)

令和**５**年**１０**月**２１**日

（R5改訂版）

　　　　　　　　　　　　　保護者様

就学時健康診断結果のお知らせ

児童名や番号を

記入してください。

　就学時健康診断結果について、下記のとおりお知らせします。

（　　　）専門医の受診の必要はありません。

（　**〇**　）専門医の受診をお勧めします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 疾病又は異常の疑いがある項目専門医の受診をお勧めします | 項目 | 疾病又は異常の疑いがある項目専門医の受診をお勧めします |
| 栄養状態 | 栄養不良 |  | 耳鼻咽頭疾患 |  |
| 肥満傾向 | **肥満傾向** | 皮膚疾患 | **アトピー性皮膚炎** |
| 脊　　柱 |  | 歯 | 乳歯 | 未処置歯（　　　　　　本） |
| 胸　　郭 |  |
| 視力 | 右 | B ・ C ・Dめがね（　B・C・D　） | 永久歯 | 未処置歯（　 **１**　　本） |
| 左 | B ・C ・ Dめがね（　B・C・D　） |
| 聴力 | 右 |  | その他口腔の疾病及び異常 |  |
| 左 | **〇** |
| 眼の疾病及び異常 |  | その他の疾病・異常 |  |

※〇のない項目や空欄は、異常なしです。

**う蝕多発傾向者※には、口頭にて「かかりつけ医による定期的な健診」を勧めてください。**

※処置済みの乳歯３本以上or処置済みの永久歯１本以上あり、かつＣＯ（むし歯になりやすい歯）が１本以上ある者

※視力検査結果の見方　　　　　　B・C・Dの場合は、専門医による精密検査をお勧めします。

〇のない場合・・「A」1.0以上　　「B」・・0.7～0.9　　「C」・・0.3～0.6 「D」・・0.2以下

　※聴力検査の見方

空欄・・異常なし　　〇・・少し聞こえにくい

豊橋市教育委員会