平成 ○年 ○月 ○日

　　　　 HEISEI(Year)　 (Month) (Day)

To Parents/Guardians of

　○年○ 組○ 番　　　　　　　 さん　保護者様

(Year) (Sec) (No)

Toyohashi Municipal School

豊橋市立　　　　学校

校　長　○○　○○

(Name of Principal)

**眼科健康診断結果のお知らせ**

**Result of Ophthalmologic Examination**

 The following is to inform you about the Eye examination (Ophthalmologic examination) result of your child. We recommend you to consult a medical specialist. After seeing a Medical specialist, please fill up the Form, “Consultation Report” below and submit it to the school afterwards.

　定期健康診断の結果は下記のとおりです。一度専門医へ受診されることをおすすめします。

　なお、大変お手数ですが受診結果を下の報告書に保護者の方でご記入のうえ、学校へご提出ください。

結果 **RESULT**

　　○印のついたもの **Result (The one with circle “O”)**

・アレルギー性結膜炎 Allergic Conjunctivitis

・結膜炎 Conjuctivitis

・眼瞼炎 Blepharitis

・麦粒腫 Hordeolum

・霰粒腫 Chalazia

・眼瞼内反 Inversion of an eyelid

・眼位異常 Misalignment of the eyes

・その他　 Other ( )

受　診　報　告　書

**Consultation Report**

1. Diagnosis

診断名

(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )

1. Instruction given by the Medical specialist

専門医から受けた指示

(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )

1. Name of Clinic/Hospital

医療機関名　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　)

　平成　　　年　　　月　　　日

HEISEI (Year) (Month) (Day)

保護者名

 (Name of Guardian)

ew06ganka03(2017)