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)

**聴力検査結果のお知らせ**

**Result of Hearing Test**

We found some suspicious result in your child’s(Right ear・　Left ear) hearing test result.

We recommend you to consult a medical specialist as soon as possible. We request the guardian to fill up the Form below (Consultation Report) and submit it to school afterwards. The school will use it as a reference when giving health guidance in the future. Please report to school if your child had already consulted a specialist or undergoing treatment at present.

　聴力検査の結果、聴力異常の疑い（　右　・　左　）がありました。早めに専門医へ受診されることをおすすめします。

なお、今後の保健指導の参考にもいたしますので、受診の結果について、保護者で記入し、ご報告ください。  
すでに、検査済み、治療中の場合は、その旨お知らせください。

受　診　報　告　書

**Consultation Report**

1. Diagnosis　診断名
2. Abnormality in hearing聴力異常の有無

Right ear 右　 (　Abnormal result有　・　無Normal )

Left ear 左　 (　Abnormal result有　・　無Normal )

1. Instruction given by the Medical specialist専門医から受けた指示

□要治療 Need to be treated

□定期検診 Need follow up examination (Every　　　month(s)月毎)

□経過観察 Observe the progress

□放置可 Not serious illness (Can be left untreated)

□その他 Other ( )

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)

ew18chou01(2017)