平成 ○年 ○月 ○日

Era HEISEI (ano) (mês) (dia)

Senhores pais do aluno

　○年○ 組○ 番　　　　　　　 さん　保護者様

(série) (turma) (nº )

Escola Primária Municipal de Toyohashi

豊橋市立　　　　学校

校　長　○○　○○

(nome do diretor)

**視力検査結果のお知らせ**

**Resultado do Exame de Vista**

O resultado do Exame de Vista foi conforme descrito a seguir.

Recomendamos que consulte o médico especialista o mais rápido possível.

Depois de consultar o médico, pedimos que o responsável preencha o quadro abaixo (Relatório de Consulta Médica) de acordo com as orientações que foram dadas, e entregue de volta à escola, para que tenhamos informações atualizadas sobre os cuidados de saúde. Se o aluno já passou pelo médico especialista, e já começou o tratamento, favor preencher o quadro com esta informação.

　視力検査の結果は、下記のとおりです。できるだけ早く、専門医を受診されますようおすすめします。

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Resultado do exame feito na escola  学校での視力検査結果 | Olho direito  右 | Olho esquerdo  左 |
| capacidade visual a olho nu  (vista corrigida: óculos, lente)  裸眼視力（矯正視力） | （　　　） | （　　　） |

A　1.0以上(Acima de 1,0)　　B　0.9～0.7　　C　0.6～0.3　　D　0.2以下(Abaixo de 0,2)

受　診　報　告　書

**Relatório de Consulta Médica**

1. Orientação que foi dada pelo médico　専門医から受けた指示

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Olho direito 右 | Olho esquerdo 左 |
| capacidade visual a olho nu  (vista corrigida: óculos, lente)  裸眼視力（矯正視力） | （　　　　） | （　　　　） |
| Diagnóstico  診断名 | 近視KINSHI (miopia)  遠視ENSHI (hipermetropia)  乱視RANSHI (astigmatismo)  その他Outro ( ) | 近視KINSHI (miopia)  遠視ENSHI (hipermetropia)  乱視RANSHI (astigmatismo)  その他Outro ( ) |

* Óculos ou lente眼鏡等

必要 Precisa usar óculos ou lente

不要 Não precisa usar óculos ou lente

更新 Precisa trocar as lentes do óculos para ajustar o grau da lente

経過観察 Precisa continuar observando a evolução da capacidade visual.

* Necessidade de cuidado com o local do assento na escola学校での座席の考慮

常時 Precisa de cuidado em todos os momentos.

授業中 Precisa de cuidado somente durante a aula

* Outrosその他

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

1. Nome da clínica/hospital医療機関名　(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

平成　　　年　　　月　　　日

Era HEISEI (ano) (mês) (dia)

保護者名

(nome do responsável)

pw15shiryoku01(2017)