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

保護者の皆様

Aos Srs Pais ou Responsáveis

豊橋市立 学校長

Diretor(a) da Escola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Resultado da consulta médica e aviso da realização de exame minucioso

聴診等検診結果と精密検査のお知らせ

Segue abaixo o resultado do exame cardiológico. 心臓検診結果について、以下のようにお知らせします。

Série 年classe 組N° 番Nome do aluno児童名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

（ ）Houve uma irregularidade no exame de eletrocardiograma, porém, a criança foi examinada novamente por um especialista (através de auscultação, etc.) e não houve nenhuma anormalidade.

心電図検査で所見が認められ、専門医による聴診等を実施しましたが、異常なしと診察されました。

（ ）Houve uma irregularidade no exame de eletrocardiograma e a criança foi examinada por um especialista (através de auscultação, etc). Foi diagnosticado que atualmente não é necessário fazer um exame minucioso. (Em caso de síndrome de WPW(Wolff-Parkinson-White), a professora da enfermaria fará uma explicação para os pais).

心電図検査で所見が認められ、専門医による聴診等を実施しましたが、現在精密検査不要と診察されました。（ＷＰＷ症候群の場合は、説明資料あり、保護者へ養護教諭が説明）

（ ）Houve uma irregularidade no exame de eletrocardiograma e a criança foi examinada por um especialista, através de auscultação, etc. Foi constatada a necessidade de fazer um exame minucioso, por isso, favor consultar o médico, conforme segue abaixo.

心電図検査で所見が認められ、専門医による聴診等を実施した結果、精密検査の必要があるとの判定がありましたので、以下により受診してください。

# Motivo da consulta (nome da doença, etc.) 受診する理由（病名等） )

1. Tipo de exame: TESTE DE ESFORÇO (esteira) - ECOCARDIOGRAMA - OUTROS ( )

検査項目 ・ トレッドミル ・ エコー ・ その他（ ）

1. Data e horário: o responsável deverá acompanhar a criança na data e hora marcada abaixo:

日時 ○のついている指定日時に保護者が同行し、受診してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Dia de consulta para os meninos  令和 年 月 日 男子日  Ano mês dia |  | 13h30 午後１時３０分 |
|  | 14h30 午後２時３０分 |
|  | 15h30 午後３時３０分 |
|  | Dia de consulta para as meninas  令和 年 月 日 女子日  Ano mês dia |  | 13h30 午後１時３０分 |
|  | 14h30 午後２時３０分 |
|  | 15h30 午後３時３０分 |

1. Local: TOYOHASHI HEART CENTER (Centro Cardiológico de Toyohashi)

Endereço: Toyohashi-shi Ooyama-cho Aza Gobutori 21-1 (TEL : 37– 3377)

場所 豊橋ハートセンター（豊橋市大山町字五分取２１番地の１ ℡ ３７－３３７７）

1. Despesas: A princípio, a prefeitura irá arcar com as despesas (por ser a primeira consulta, as despesas a serem pagas pelo paciente serão pagas pela prefeitura).

費用 原則として市で負担（保険診療の初診扱いになり、本人負担分を市で負担します）

1. Favor levar este formulário, cartão do seguro de saúde (HOKENSHOU), eletrocardiograma e uma toalha.

用意するもの この用紙、保険証、心電図、タオル

1. Usar uma roupa confortável para fazer exercícios físicos, camiseta e calça, ou se preferir, o uniforme de educação física.

服装 運動のできるトレーニングシャツ・ズボン、体操服等