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)

**聴力検査結果のお知らせ**

**Resultado do Exame de Audição**

O Exame de Audição realizado na escola indicou suspeita de anormalidade na audição (ouvido direito - ouvido esquerdo). Recomendamos consultar 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.

　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

**Relatório de Consulta Médica**

1. Diagnóstico　診断名
2. Anormalidade da audição聴力異常の有無

Ouvido direito 右　 (　positivo有　・　無negativo, não houve anormalidade　)

Ouvido esquerdo左　 (　positivo有　・　無negativo, não houve anormalidade　）

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

□要治療 Precisa de tratamento

□定期検診 Precisa fazer exames periódicos (uma vez a cada 　　　meses月毎)

□経過観察 Observação /acompanhamento médico

□放置可 Não precisa de nenhum cuidado.

□その他 Outros ( )

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)

pw18chou01(2017)