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)

**内科健康診断結果のお知らせ**

**Resultado do Exame Médico com Clínico Geral**

No exame médico periódico foram observados o quadro clínico e suspeita de anormalidade descritos abaixo. Recomendamos que procure o médico responsável ou médico especialista para receber orientação médica e realizar um exame mais minucioso.

Depois de passar por consulta médica, pedimos aos responsáveis que preencha o quadro abaixo (Relatório de Consulta Médica), e entregue de volta para a escola.

　定期健康診断の結果、下記のような症状や異常の疑いがありましたので、お知らせします。速やかにかかりつけの医師または専門医を受診され、健康相談または精密検査を受けられますようおすすめします。

　なお、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上、学校へご提出ください。

健診結果 **Resultado do Exame Médico feito na escola**

　　○印のついたもの **Resultado: item marcado com círculo “O”**

・脊柱異常の疑い Suspeita de anormalidade na coluna vertebral

・扁桃肥大 Hipertrofia das amígdalas

・アトピー性皮膚炎 Dermatite atópica

・胸郭異常の疑い Suspeita de anormalidade do tórax

・心雑音 Sopro cardíaco

・その他 Outros ( )

受　診　報　告　書

**Relatório de Consulta Médica**

1. Diagnóstico

診断名

(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )

1. Orientação que foi dada pelo médico

専門医から受けた指示

(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )

1. Cuidados necessários no dia a dia

生活上での注意事項

　　　・運動制限　 （　あり・なし　）

Restrição à atividade física (tem restrição - não tem restrição)

　　　・プール入水 （　可・否　）

Entrada na piscina (pode entrar – não pode entrar)

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)

pw19naika03(2017)