（スペイン語）

平成 Heisei, Año: 年 Mes: 月 Día: 日

Srs. Padres de:

Grado: 年Clase: 組Nº: 番　　 　　　 　　　　　　　　　さん　保護者様

豊橋市立 Escuela Municipal de Toyohashi: 学校

Director: 校長

**Resultado del Examen Oftalmológico**

**眼科健康診断結果のお知らせ**

 El resultado del examen médico periódico es según está mencionado abajo. Recomendamos que consulte con el médico especialista.

 Después de la consulta médica, los padres deberán llenar el cuadro abajo (Informe de la Consulta Médica) y entregarlo a la escuela.

　定期健康診断の結果は下記のとおりです。一度専門医へ受診されることをおすすめします。

　なお、大変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うえ、学校へご提出ください。

Resultado 結果

Vea los ítems marcados con un círculo “○” ○印のついたもの

・Conjuntivitis alérgica ・アレルギー性結膜炎

・Conjuntivitis ・結膜炎

・Blefaritis ・眼瞼炎

・Orzuelo ・麦粒腫

・Chalazión ・霰粒腫

・Entropión ・眼瞼内反

・Desviación del alineamiento ocular ( ) ・眼位異常（　　　　　　　　　　）

・Otros ( ) ・その他（　　　　　　　　　　）

**Informe de la Consulta Médica**

受　診　報　告　書

**１　Diagnóstico 診断名**

　　（ ）

**２　Indicaciones del médico 専門医から受けた指示**

　　（ ）

**３　Nombre del hospital o clínica 医療機関名**

（ ）

平成 Heisei, Año: 年 Mes: 月 Día: 日

保護者名 Nombre del padre o tutor:　　　　　 　　　　　　　　.

sw06ganka03(2017)