（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 Otorrinolaringológico**

**耳鼻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

・Obstrucción del oído por cerumen ・耳垢栓塞

・Otitis ・中耳炎

・Rinitis ・鼻炎

・Sinusitis ・副鼻腔炎

・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:　　　　　 　　　　　　　　.

sw12jibika03(2017)