（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 de Audición**

**聴力検査結果のお知らせ**

 Según el resultado del examen de audición, hay sospecha de anomalía de audición en el oído ( derecho - izquierdo ). 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 para que podamos estar informados sobre los cuidados de salud del alumno. Si ya pasó por consulta y está en tratamiento, también deberá escribir esos datos.

　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。

**Informe de la Consulta Médica**

受　診　報　告　書

**１　Diagnóstico 診断名**

　　（ ）

**２　Anomalía de audición 聴力異常の有無**

 Oído derecho: ( Presentó anomalía ・ No presentó anomalía )

　　　 右 （ 有 ・ 無 ）

 Oído izquierdo: ( Presentó anomalía ・ No presentó anomalía )

　　　 左 （ 有 ・ 無 ）

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

□ Necesita tratamiento médico. □ 要治療

□ Está haciendo examenes periódicos. (Cada: meses 月毎) □ 定期検診

□ Está en observación médica. □ 経過観察

□ No necesita de ningún cuidado. □ 放置可

□ Otros: □ その他

**４　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:　　　　　 　　　　　　　　.

sw18chou01(2017)