（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 Médico (Medicina Interna)**

**内科健康診断結果のお知らせ**

 Según el resultado del examen médico, hay sospecha de anomalía o síntoma mencionado abajo. Recomendamos que consulte con el médico para hacerse un examen minucioso.

 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、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。

Resultado del Examen Médico 健診結果

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

・Sospecha de anomalía en la columna vertebral ・脊柱異常の疑い

・Hipertrofia amigdalar ・扁桃肥大

・Dermatitis atópica ・アトピー性皮膚炎

・Sospecha de anomalía en el tórax ・胸郭異常の疑い

・Soplo cardíaco ・心雑音

・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　Cuidados necesarios en la vida cotidiana 生活上での注意事項**

・Restricción de actividad física: ( Tiene ・ No tiene )

・運動制限 （ あり ・ なし　）

・Entrada a la piscina: ( Puede ・ No puede )

　　 ・プール入水 （ 可 ・ 否 ）

**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:　　　　　 　　　　　　　　.

sw19naika03(2017)