（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 del Sistema Locomotor (MúsculoEsquelético)**

**運動器検診結果のお知らせ**

En el examen de salud periódico, fue realizado el examen del sistema locomotor (músculoesquelético). El resultado es según está mencionado abajo.

定期健康診断時に行いました運動器検診の結果は、以下のとおりでしたのでお知らせします。

（　　）No presentó anomalías.

今回の検査では問題はありませんでした。

（　　）Vea la observación abajo. Recomendamos que pase por consulta médica y reciba orientación del médico especialista (ortopédico) lo más pronto posible.

お子様には下記の所見がありましたので、お知らせいたします。なるべく早く専門医（整形外科）の診察・指導を受けられることをおすすめします。

La observación abajo es sobre la siguiente parte del cuerpo (ítem marcado con un círculo “○”):

下記の部位の所見を認めました。（○印のついた箇所）

Columna vertebral Cadera Miembros superiores Miembros inferiores

背骨 腰 上肢 下肢

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

受診された場合は、診断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。

**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**

□ No necesita tratamiento ni estar en observación médica.

治療・経過観察の必要なし

□ Necesita estar en observación médica. (Regresará a consulta médica en: )

経過観察の必要あり（　　　　　　　　頃に再び受診する）

□ Necesita tratamiento médico. (Escriba el tipo de tratamiento que será necesario.)

治療の必要あり（内容をご記載ください）

　　（ ）

□ Necesita cuidados en la vida cotidiana:

生活上での注意事項

**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:　　　　　 　　　　　　　　.

sw29undou02(2017)