

(日本語-ポルトガル語訳版)

平成(Heisei)_____年(ano)_____月(mês) _____日(dia)

保護者殿(Aos Senhores Responsáveis)

小松市立_____小学校校長

Diretoria da Escola Primária_____

眼科検診結果のお知らせ

RESULTADO DO EXAME DE OFTALMOLOGIA

眼科検診の結果、下記のとおり診断されましたのでお知らせします。早急に専門医の診断を受けて、適切な治療を受けられるようお願いいたします。なお、受診後は、医師の記入を受け学校へ提出してください。

Abaixo estamos informando o diagnóstico do exame oftalmológico.

Pedimos que procure um oftalmologista o mais rápido possível para fazer o devido tratamento.

Ao final do tratamento pedir o carimbo do médico nesta ficha e entregar para a escola.

1 結膜炎 (conjuntivite)	2 眼瞼縁炎 (Inflamação Palpebras)	3 睫毛乱生 (Crescimento irregular dos cílios)
4 麦粒腫 (Terçol)	5 霰粒腫 (sanryūshu)	6 眼位異常の疑い (Suspeita de estrabismo)
7 その他() Outros		

治療済証

ATESTADO DE CONCLUSÃO DO TRATAMENTO

_____年(Série) _____組(Turma)氏名(Nome)

疾病名(nome da doença)_____

治療完了年月日 _____平成_____年_____月_____日
(Data do termino do tratamento) (Heisei) (ano) (mês) (dia)

上記疾病の治療が完了したことを証明します。
(Declaro que na data acima foi concluído o tratamento.)

医師名 _____ (印)
(Nome e carimbo do medico)

(日本語-ポルトガル語訳版)

平成(Heisei)_____年(ano)_____月(mês) _____日(dia)

保護者殿(Aos Senhores Responsáveis)

小松市立_____小学校校長

Diretoria da Escola Primária_____

眼科検診結果のお知らせ

RESULTADO DO EXAME DE OFTALMOLOGIA

眼科検診の結果、下記のとおり診断されましたのでお知らせします。早急に専門医の診断を受けて、適切な治療を受けられるようお願いいたします。なお、受診後は、医師の記入を受け学校へ提出してください。

Abaixo estamos informando o diagnóstico do exame oftalmológico.

Pedimos que procure um oftalmologista o mais rápido possível para fazer o devido tratamento.

Ao final do tratamento pedir o carimbo do médico nesta ficha e entregar para a escola.

1 結膜炎 (conjuntivite)	2 眼瞼縁炎 (Inflamação Palpebras)	3 睫毛乱生 (Crescimento irregular dos cílios)
4 麦粒腫 (Terçol)	5 霰粒腫 (sanryūshu)	6 眼位異常の疑い (Suspeita de estrabismo)
7 その他() Outros		

治療済証

ATESTADO DE CONCLUSÃO DO TRATAMENTO

_____年(Série) _____組(Turma)氏名(Nome)

疾病名(nome da doença)_____

治療完了年月日 _____平成_____年_____月_____日
(Data do termino do tratamento) (Heisei) (ano) (mês) (dia)

上記疾病の治療が完了したことを証明します。
(Declaro que na data acima foi concluído o tratamento.)

医師名 _____ (印)
(Nome e carimbo do medico)