

保護者 各位(Aos Senhores Responsáveis)

小松市立 _____ 小学校校長

Diretoria da Escola Primária _____

聴力検査結果のお知らせ

RESULTADO DO EXAME DE AUDITIVO

健康診断(聴力検査)の結果、下記のとおり聞き取りにくい音がありました(○で表わしてあります)のでお知らせします。早急に耳鼻咽喉科にて詳しい検査を受けられますようお勧めいたします。

なお、受診後は、耳鼻咽喉科医の記入を受け学校へ提出してください。

O resultado do exame auditivo, diagnosticou dificuldades em ouvir certos tipos de som. (está com um circulo).

Pedimos que procure um otorrinolaringologista o mais rápido possível para fazer um exame mais minucioso.

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

学校での検査結果 - EXAME REALIZADO NA ESCOLA

右(ouvido direito)		左(ouvido esquerdo)	
1000hz 30dB	4000Hz 25dB	1000hz 30dB	4000Hz 25dB

受診結果

COMPROVANTE DE CONSULTA

____ 年(Série) ____ 組(Turma)氏名(Nome) _____

診断名(resultado) 右(direita)

左(esquerda)

dB \ Hz		125	250	500	1000	2000	4000	8000
		右 DIR	気導(propagação)					
	骨導(vibração)							
左 ESQ	気導(propagação)							
	骨導(vibração)							

治療の要否、その他指導事項

Necessidade de tratamento e outras orientações dadas

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

____ 医師名 _____ 印
(Nome e carimbo do médico)