年　　月　　日

致父母

　　学校名　校長　○○○○

　　年　　班　　号　　　　 　　　　同学

听力测试结果通知 (**聴力検査結果のお知らせ)**

根据前几天进行的听力测试，孩子的（右・左）耳听音似乎状况不佳。

因此，我们建议您尽快去看专科医生（耳鼻喉科）。

如果您进行了专科体检，请使用下面的表格告诉我们您的体检结果。如果您已经在接受检查，

请告诉我们。

　※　学校的测试是筛选测试。请注意，这不是详细检查，根据检查结果，可能会判断为没有异常。

请不要剪切它，直接提交咨询结果报告。

**咨 询 结 果 报 告**

监护人记入用

 　　年　　班　号　名前（姓名）

　**请填写有关医生诊断和治疗结果的必要信息。**

 １　診断名　**诊断名**（　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

 ２　治療について 　 （1）治療の必要がない。  **不需要治疗。**

 　　**关于治疗**　　　 　（2）治療、観察の必要あり。 **需要治疗和观察。**

 　　　　　　　　　 　① このまま様子を見る **连续观察**

 　　　　　　　　　　 ② 治療継続中 **治疗中**

　 　　　　　　　　　　 ③ 治療済み  **已完成治疗**

 （3）その他 **其他**（ 　　）

 ３　日常生活や学校で注意すること　  **日常生活和在校时的注意事项**

 （1）なし　 **无**

　　　　　　　　（2）あり **有**

どんなことですか **如若有的情况下，具体状况是什么**（　　　　　 　　　　　　　　　　　）

 ４　受診した日　　　令和　　　年　　　月　　　日

 **咨询当天**

　　　　　　　　　　　医療機関名　 医疗机构名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者名(监护人姓名)