Año　　　　 Mes 　　 Día

Estimados padres de familia

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○校長名, director de ○○学校名

**Resultado del examen de áudio　（聴力検査結果のお知らせ）**

De acuerdo al examen realizado, su hijo tiene dificultad para escuchar en el oído

( 右 Derecho /　左 Izquierdo ).

Le recomendamos que consulte a un especialista (otorrinolaringología).

Por favor escribir los resultados del examen en el informe. Avisar en caso de haber tomado el examen anteriormente.

※La escuela solo realiza exámenes rápidos. No se realizan en un ambiente con las facilidades necesarias. Hay posibilidades de obtener negativo después del examen.

**No cortar el informe**

Escribir los padres

**informe de consulta**

Por favor llenar los datos del examen o diagnostico realizados por el médico.

 １　診断名　　**Diagnóstico**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

 ２　治療について 　　**Tratamiento**

 （1）治療の必要がない。 **No se necesita tratamiento**

 　　　　　　　　 　　 （2）治療、観察の必要あり。 **Necesita tratamiento y observación.**

1. このまま様子を見る **Observacion**
2. 治療継続中  **En ratamiento**

　 　　　　　　　　　　　 ③ 治療済み **Tratado**

 　　 （3）その他 **Otros** （ 　　）

 ３　 日常生活や学校で注意すること　　　**Precauciones en la vida cotidiana y escolar**

 （1）なし　　**No**

　　　　　（2）あり **Sí** 　　どんなことですか　　**Qué es**（　　　　　　　　　　　　　　　　）

 ４　 受診した日　**El dia de la consulta**　　　**Reiwa Año４ 　Mes　 Día**

　 　医療機関名　**Nombre de la institución médica**

　　　　　　　　　　　　　保護者名 **Nombre del tutor**