

保護者様 / The parent and guardian

Grade 年, Class 組, Name さん

定期健康診断のお知らせ（目の疾病 optic disease）英語 Eye examination (optic disease check-up)

定期健康診断の結果、下記のような結果となりましたのでお知らせします。早期に眼科医に受診され、診断および治療を受けられますようおすすめします。なお、医師の診察を受けられましたら、受診報告書を学校（担任）へ提出してください。

Inform the result of an eye examination, your child has a problem as listed below. Therefore, please have a check-up at Ophthalmology (ophthalmologist = eye doctor) ASAP. Also please send the home room teacher a diagnosis report (attached) after the check-up.

1 目の疾病の疑い / May have an optic disease

結膜炎 : Conjunctivitis (急性 acute / 慢性 chronic), アレルギー性結膜炎 : allergic conjunctivitis,
麦粒腫 (ものもらい) : sty(e) / hordeolum, さん粒腫 : chalazion,
内反症 (さかまつげ) : trichiasis (ingrowing eyelashes), 眼瞼縁炎 : lippitudo / marginal blepharitis,
眼瞼皮膚炎 : palpebritis / palpebra (eyelid) rash, その他 : Other ()

2 両眼視機能異常の疑い / May have Both eye functional disorder

受診報告書 / Diagnosis Report

1 目の疾病 / optic disease (有 yes ・ 無 no)

結膜炎 : Conjunctivitis (急性 acute / 慢性 chronic), アレルギー性結膜炎 : allergic conjunctivitis,
麦粒腫 (ものもらい) : sty(e) / hordeolum, さん粒腫 (マイボーム腺脂肪肉芽腫) : chalazion,
内反症 (さかまつげ) : trichiasis (ingrowing eyelashes), 眼瞼縁炎 : lippitudo / marginal blepharitis,
眼瞼皮膚炎 : palpebritis / palpebra (eyelid) rash, その他 : Other ()

- ・治療 / Treatment (要 yes ・ 否 no ・ 経過観察 monitor progress)
- ・感染の危険 / Contagious (有 yes ・ 無 no)
- ・登校 / Attend School (可 yes ・ 否 no)
- ・プール / Attend swimming class (可 yes ・ 否 no) ・その他 / ()

2 両眼視機能異常 / Both eyes functional disorder (有 yes ・ 無 no)

斜視 squint eye (内 in ・ 外 out ・ 上 up ・ 下 down)
その他 ()

- ・治療 / Treatment (要 yes ・ 否 no ・ 経過観察 monitor progress)

平成 Heisei, Yr. 年, Month 月, Date 日

医療機関名 Ophthalmology : 医師名 Ophthalmologist :

* 学校長 様 To: School Principal I inform you the diagnosis report above.

上記のように受診の結果を報告します。保護者名 parent/guardian Name: