

健康診断のお知らせ

健康诊断的通知

____月 ____日に次の検査をします。
月 日 进行如下体检。

健康診断を行います。前日はお風呂に入って体をきれいにし、つめを切っておいてください。
在进行健康诊断的前一日，请一定要洗澡，并把指甲修剪好。

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 内科検診
内科診察 | <input type="checkbox"/> 身体測定
身体測定 | <input type="checkbox"/> 歯科検診
牙科診察 | <input type="checkbox"/> 眼科検診
眼科診察 |
| <input type="checkbox"/> 耳鼻科検診
耳鼻咽喉科診察 | <input type="checkbox"/> 聴力検査
听觉検査 | <input type="checkbox"/> 視力検査
视觉検査 | <input type="checkbox"/> 寄生虫卵検査
寄生虫検査 |
| <input type="checkbox"/> 尿検査
验尿 | <input type="checkbox"/> 心電図検査
心电图検査 | <input type="checkbox"/> 血液検査
验血 | |

健康診断の結果のお知らせ

健康诊断结果通知

次の点について診察または治療を受ける必要がありましたので、できるだけはやく病院へ行って診察または治療を受けてください。

如下所记，因有必要接受检查或治疗，所以请尽快去医院检查或接受治疗。

- | | | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 内科
内科 | <input type="checkbox"/> 心臓
(心脏) | <input type="checkbox"/> 腎臓
肾脏 | <input type="checkbox"/> その他)
其它) | |
| <input type="checkbox"/> 眼科
眼科 | <input type="checkbox"/> 視力
(視力) | <input type="checkbox"/> 結膜炎
结膜炎 | <input type="checkbox"/> その他)
其它) | |
| <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科
耳鼻咽喉科 | <input type="checkbox"/> 鼻炎
(鼻炎) | <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎
过敏性鼻炎 | <input type="checkbox"/> 聴力
听力 | <input type="checkbox"/> その他)
其它) |
| <input type="checkbox"/> 皮膚科
皮肤科 | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎
(特应性皮膚炎) | | <input type="checkbox"/> その他)
其它) | |
| <input type="checkbox"/> 歯科
牙科 | <input type="checkbox"/> むし歯
(虫牙) | <input type="checkbox"/> 歯肉炎
齿齦炎 | <input type="checkbox"/> 咬合不正
咬合不正 | <input type="checkbox"/> その他)
其它) |
| <input type="checkbox"/> その他
其它 | | | | |