

健康診断のお知らせ Health Examination

The next check-up will be held on _____月 (Month) _____日 (Day) に次の検査をします。

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。

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 内科検診
Internal | <input type="checkbox"/> 身体測定
Body Measurements | <input type="checkbox"/> 歯科検診
Dental | <input type="checkbox"/> 眼科検診
Eye Test |
| <input type="checkbox"/> 耳鼻科検診
Ear Nose and Throat | <input type="checkbox"/> 聴力検査
Hearing | <input type="checkbox"/> 視力検査
Eyesight | <input type="checkbox"/> 寄生虫卵検査
Parasite Test |
| <input type="checkbox"/> 尿検査
Urine | <input type="checkbox"/> 心電図検査
ECG | <input type="checkbox"/> 血液検査
Blood Test | |

健康診断の結果のお知らせ Results of Health Examination

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、できるだけ早く病院へ行って診察または治療を受けてください。

The following areas require medical treatment or consultation with a doctor, so please see a doctor as soon as possible.

- | | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 内科
Internal | (<input type="checkbox"/> 心臓 Heart | <input type="checkbox"/> 腎臓 Kidney | <input type="checkbox"/> その他 Other) | |
| <input type="checkbox"/> 眼科
Eyes | (<input type="checkbox"/> 視力 Eyesight | <input type="checkbox"/> 結膜炎 Conjunctivitis | <input type="checkbox"/> その他 Other) | |
| <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科
Ear Nose & Throat | (<input type="checkbox"/> 鼻炎
Nasal Infection | <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎
Allergic Rhinitis | <input type="checkbox"/> 聴力
Hearing | <input type="checkbox"/> その他
Other) |
| <input type="checkbox"/> 皮膚科 Skin | (<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎
Atopic Dermatitis/eczema | <input type="checkbox"/> その他 Other) | | |
| <input type="checkbox"/> 歯科 Dental | (<input type="checkbox"/> むし歯 Cavity | <input type="checkbox"/> 歯肉炎
Gingivitis | <input type="checkbox"/> 咬合不正
misaligned bite | <input type="checkbox"/> その他
Other) |
| <input type="checkbox"/> その他 Other | (| | |) |