

## 健康診断のお知らせ COMUNICADO DE EXAME MEDICO

\_\_\_\_月 \_\_\_\_日に次の検査をします。  
No mês:            dia:            será feito o exame.

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。  
Será feito o exame médico. Na véspera tome banho e lave bem o corpo e deixe aparadas as unhas.

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 内科検診<br>Exame clínico geral | <input type="checkbox"/> 身体測定<br>Exame biométrico   | <input type="checkbox"/> 歯科検診<br>Exame dentário  | <input type="checkbox"/> 眼科検診<br>Exame de vista            |
| <input type="checkbox"/> 耳鼻科検診<br>Exame de ouvido    | <input type="checkbox"/> 聴力検査<br>Exame de audição   | <input type="checkbox"/> 視力検査<br>Exame de visão  | <input type="checkbox"/> 寄生虫卵検査<br>Exame de ovas de vermes |
| <input type="checkbox"/> 尿検査<br>Exame de urina       | <input type="checkbox"/> 心電図検査<br>Eletrocardiograma | <input type="checkbox"/> 血液検査<br>Exame de sangue |  |

---

## 健康診断の結果のお知らせ COMUNICADO DE RESULTADO DE EXAME MEDICO

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  
Foi detectada necessidade de maiores exames ou tratamento nos seguintes itens, portanto, vá assim que possível  
診察または治療を受けてください。  
a um hospital e faça os exames ou tratamento necessários.

- |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 内科<br>Clínica geral           | <input type="checkbox"/> 心臓<br>(coração)               | <input type="checkbox"/> 腎臓<br>rins                  | <input type="checkbox"/> その他)<br>outros)             |  |
| <input type="checkbox"/> 眼科<br>Oftalmologia            | <input type="checkbox"/> 視力<br>(acuidade visual)       | <input type="checkbox"/> 結膜炎<br>conjuntivite         | <input type="checkbox"/> その他)<br>outros)             |  |
| <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科<br>Otorrinolaringologia | <input type="checkbox"/> 鼻炎<br>(rinite)                | <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎<br>rinite alérgica | <input type="checkbox"/> 聴力<br>audição               | <input type="checkbox"/> その他)<br>outros) |
| <input type="checkbox"/> 皮膚科<br>Dermatologia           | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎<br>(alergia atópica) | <input type="checkbox"/> その他)<br>outros)             |  |  |
| <input type="checkbox"/> 歯科<br>Odontologia             | <input type="checkbox"/> むし歯<br>(cárie)                | <input type="checkbox"/> 歯肉炎<br>gingivite            | <input type="checkbox"/> 咬合不正<br>má formação maxilar | <input type="checkbox"/> その他)<br>outros) |
| <input type="checkbox"/> その他<br>Outros                 |  |  |  |  |