

____年 ____月 ____日
(ano) (mês) (dia)

保護者 各位

Aos senhores pais ou responsável

____小・中学校長
Diretor da Escola de Ensino Fundamental
____(Shougakko・Chugakko)

眼科検診について SOBRE O EXAME OFTALMOLÓGICO

眼科検診を下記のように実施いたします。眼科検診の保健調査へご記入のうえ学校に提出してください。

O exame oftalmológico será realizado conforme segue abaixo. Preencher o Questionário para o Exame Oftalmológico e entregar para a escola até a seguinte data:

提出日 : ____月 ____日
(data da entrega do questionário) (mês) (dia)

1 検査日時 : ____月 ____日 時間 ____ : ____
(Data e horário do exame) (mês) (dia) (Horário)

2 検査場所 : ____学校
(Local do exame) (escola)

3 対象学年 : ____年生
(Séries convocadas) (séries)

4 料金 : ____無料
(Custo) (gratuito)

眼科検診を受ける時の注意 (Cuidados a serem tomados durante o exame)

- ◆ 検査の前に目をこすらないようにしましょう。
(Não coçar os olhos antes do exame)
- ◆ 前髪の長い人は、切るか結ぶようにしましょう。
(Os alunos que têm franja longa, devem cortá-la ou prendê-la)
- ◆ 検診中は、静かにしましょう。
(Ficar em silêncio durante o exame)

眼科検診は目を診てもらっただけです。痛くないので、緊張しないで力を抜いて楽にしましょう。
(Neste exame, o médico examinará apenas os olhos. Não vai doer. Não é preciso ficar com medo.)