

年 月 日
yyyy / mm / dd

保護者 様

Dear Parents / Guardians,

_____ 学校 校長 _____
(School name) Principal

耳鼻咽喉科検診のお知らせ

Ears, Nose and Throat (ENT) Check-up

1. 日 時 _____年____月____日 () 午前____時____分~午前____時____分
Date and Time _____/_____/____ () _____:_____ a.m. ~ _____:_____ a.m.
2. 場 所 保健室
Place School Nurse's Office
3. 検査の目的
Purposes
耳 音声としてさまざまな情報を獲得できるかを調べる。
Ears To check if your child can perceive various types of sounds.
鼻 鼻呼吸の状態をチェックし、阻害する種々の鼻疾患を検出する。
Nose To check on the condition of your child's nasal respiration to detect, if any, various kinds of disturbing symptoms.
咽頭 発育期には防御機能上重要な働きをしている為、正常に機能しているか調べる。
Throat To check if it functions properly, as it plays an important, preventive role during a child's development years.
4. 前日までの準備 耳掃除（耳垢）をしておく。
Preparation Make sure to clean your child's ears before check-up.