

年 月 日
Año ____ Mes ____ Día ____

保護者 様
Señores Padres y Tutores

____ 学校 校長____
Nombre de la escuela Director:

耳鼻咽喉科検診のお知らせ

AVISO SOBRE EL EXAMEN DE OTORRINOLARINGOLOGIA

1. 日 時 ____年__月__日 () 午前__時__分~午前__時__分
Fecha Año Mes Día() : ~ : de la mañana
2. 場 所 保健室
Lugar Enfermería
3. 検査の目的
Objetivo del examen:
 - 耳 音声としてさまざまな情報を獲得できるかを調べる。
Oído Examen para saber si puede recolectar diversa información a través de sonidos.
 - 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。
Nariz Examinar el estado de la respiración nasal y detectar enfermedades nasales que impiden respirar normalmente.
 - 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。
Faringe Examinar si el funcionamiento de la faringe es normal, debido a que desempeña un papel muy importante para el funcionamiento de las defensas en la época del crecimiento
4. 前日までの準備 耳掃除（耳垢）をしておく。
Qué hacer hasta el día anterior Límpiese bien los oídos antes del examen médico.