

年 月 日
년 월 일

保護者 様
학부모님 께

_____学校 校長_____
(학교명) 교장

耳鼻咽喉科検診のお知らせ
이비인후과 검진 실시 안내

1. 日 時 _____年____月____日 () 午前____時____分~午前____時____分
일 시 년 월 일 () 오전 시 분~ 오전 시 분

2. 場 所 保健室
장 소 양호실

3. 検査の目的
검사 목적

耳 音声としてさまざまな情報を獲得できるかを調べる。
귀 음성으로 다양한 정보를 획득할 수 있는지 조사합니다.

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。
코 코호흡 상태를 검사하여, 저해하는 각종 코질환을 검출합니다.

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。
목 발육기에는 방어기능상 중요한 역할을 하기 때문에 정상으로 기능하고 있는지 검사합니다.

4. 前日までの準備 耳掃除 (耳垢) をしておく。
전날까지의 준비 귀청소 (귀지) 를 해 둡니다.