

A: Los tutores

Día de del año

De: Masayoshi KOSHIO
Alcalde Municipal de Ayase
(Se omite el sello oficial.)

Invitación a la revisión médica de su hijo(a)

Les invito que vengan a la revisión médica de su hijo(a) a realizarse en la fecha indicada abajo.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Revisión médica para niños de 4-5 meses | <input type="checkbox"/> Revisión dental para niños de un año 6 meses |
| <input type="checkbox"/> Revisión dental para niños de 2 años | <input type="checkbox"/> Revisión médica para niños de 3 años 6 meses |
| <input type="checkbox"/> Consulta sobre el desarrollo para niños de 5 años | |

Fecha y hora **Día de del (día de la semana:)**

Horario de recepción: De : - :

Lugar

Plaza de Salud y Bienestar Municipal de Ayase
Dirección: 4-7-10 Fukaya-naka, Ciudad de Ayase (en el lado Oeste de la Escuela Primaria de Ayase)

Traer

- Libreta materno-infantil
- Cuestionario adjunto
- Cepillo de dientes

Atención

Si su hijo(a) tiene varicela, paperas y otras enfermedades infecciosas, no venga hasta que se cure.

Otros

La duración de la revisión médica será de una hora aproximadamente.

* La información suministrada en esta hoja no será utilizada para otros fines que no sea la revisión médica y la orientación sanitaria.

Contacto:

(1) Centro de Interpretación Telefónica, Alcaldía de Ayase, TEL 0467-70-5682
(2) División de Promoción de la Salud (dentro de la Plaza de Salud y Bienestar Municipal), TEL 0467-77-1133 (línea directa)

令和 年 月 日

保護者各位

綾瀬市長 古塩 政由
(公印省略)

子どもの健診の御案内

お子さんの健康診断を下記の日程で実施しますので、来てください。

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 4～5か月児健診 | <input type="checkbox"/> 1歳6か月児歯科健診 | <input type="checkbox"/> 2歳児歯科健診 |
| <input type="checkbox"/> 3歳6か月児健診 | <input type="checkbox"/> 5歳児発達相談 | |

日 時 令和 年 月 日 ()

受付時間 時 分～ 時 分

場 所 綾瀬市保健福祉プラザ
住所：綾瀬市深谷中4-7-10 (綾瀬小学校西側)

持 ち 物

- 母子健康手帳
- 同封のアンケート
- 歯ブラシ

お 願 い

みずぼうそう、おたふくかぜなどの感染症にかかっているお子さんは、病気が治ってから来てください。

そ の 他

健診の所要時間は約1時間です。

※ 記入内容の情報は、健診及び保健指導の目的以外に使用しません。

問い合わせ先:

①綾瀬市外国語通訳コールセンター TEL 0467-70-5682

②健康づくり推進課(保健福祉プラザ内) TEL 0467-77-1133(直通)