

平成 年 月 日

年 組 ( ) 保護者 様

船橋市立 小(中) 学校  
校長

眼科受診のおすすめ

過日、実施された定期健康診断の結果、お子様には下記の異常の疑いがありますのでお知らせします。日常生活に影響を与える恐れがありますので、眼科専門医の受診をおすすめします。

なお、診断結果は健康管理の資料にしますやで、学杖まで報告してください。

また、眼鏡やコンタクトレンズを作成する場合には、必ず眼科専門医の診察を受けてからにしてください。

記

1. 視力異常の疑い 使用中の眼鏡等による視力

右= ( )  
左= ( )

A	・	1.	0以上
B	・	0.	9~0.7
C	・	0.	6~0.3
D	・	0.	2以下

2. 眼の疾病及び異常の疑い

- (1) 結膜炎 ・ 眼瞼炎 ・ 障毛内反 ・ その他 ( )
- (2) 両眼視機能異常 (斜視等) の疑い

3. その他 ( )

※児童生徒の正常視力は、1.0以上です。0.9以下の人は、視力の程度や学年により日常生活に支障があるので、眼科医の受診をおすすめします。

※この用紙を作成するにあたり、文書料が保護者負担になる場合がありますのでご了承ください。

きりとりせん

診 断 結 果 報 告 書

年 組 氏 名 保護者名 印

1. 視力異常の疑い 右= ( ) 左= ( )  
 診 断： 右 正視・遠視・近視・乱視・調節緊張・疑い、その他 ( )  
 左 正視・遠視・近視・乱視・調節緊張・疑い、その他 ( )  
 指導事項： 異常なし ・ 経過観察 ・ 治療を要す ・ 治療中  
 眼鏡・コンタクトレンズ： 不要 ・ 必要 ・ 作り直す ・ このままで可

2. 眼の疾病及び異常の疑い

- (1) 異常なし
- (2) 結膜炎 ・ 眼瞼炎 ・ 障毛内反 ・ その他 ( )  
 治療不要 ・ 治療を要する ・ 経過観察、 プール (可・不可、 月 日現在)
- (3) 両眼視機能異常 斜視 (内・外・上・下)、斜位 (内・外・上・下)

3. その他、指導事項等 ( )

平成 年 月 日

医療機関名

Date:

Grade Class # ( )

Dear Parents or guardians,

Funabashi municipal  
Principal

Elementary (Junior High) School

**Recommendation for ophthalmologic consultation**

Please be advised that abnormal results were obtained as a result of the eye test performed at the previous annual checkups, as you can see below. We recommend he/she should see an ophthalmologist as it might affect his/her daily life.

Please inform the school of the diagnosis after seeing the doctor so that we may file it to assist student's healthcare.

Also, in case you would like to purchase the glasses or contact lenses for the student, make sure to have him/her consult an eye doctor beforehand.

Note

1. Visual disorder suspected Eyesight with glasses/contact lenses on  
Right= ( )  
Left = ( )

A • • $\geq 1.0$
B • • 0.9 ~ 0.7
C • • 0.6 ~ 0.3
D • • $\leq 0.2$

2. Epidemics or abnormalities of eyes suspected  
1) Conjunctivitis / palpebritis / trichiasis / others ( )  
2) Disorder in eyesight for both eyes (squint or etc.) suspected.

3. Others ( )

- Students should normally have 20-20 vision. When a student has lower vision than this, we recommend he/she should see an eye doctor as it will affect his/her daily life depending on the vision and the grade he/she is in.
- Please be announced in advance that the documentation fee which might be necessary for completing this form would be your responsibility.

Cutoff Line

**Diagnosis Report**

Grade Class # Name: \_\_\_\_\_ Guardians' Name Seal (Signature) \_\_\_\_\_

1. Abnormal vision suspected Right= ( ) Left= ( )  
Diagnosis : Right Normal / hyperopia / myopia / astigmatism / tonic accommodation / suspected /  
Others ( )  
Left Normal / hyperopia / myopia / astigmatism / tonic accommodation / suspected /  
Others ( )

Instruction : Normal / observation of the clinical course required / treatment required / currently under treatment

Glasses or Contact lenses : Not necessary / Necessary / To be fixed / No repair required

2. Epidemics or abnormalities of eyes suspected  
1) Normal  
2) Conjunctivitis / trichiasis / others ( )  
Treatment not necessary / Treatment required / Observation of the clinical course required /  
Swimming pool (Permitted / Not permitted, as of MM / DD )  
3) Vision abnormalities in both eyes Squint (inside / outside / upper / lower), heterophoria  
(Inside / outside / upper / lower)  
3. Other instructions ( )

Date: \_\_\_\_\_ Medical institution : \_\_\_\_\_