

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

\_\_\_\_학년 반(\_\_\_\_)보호자 님

후나바시 시립      초(중)학교  
학교장

안과 진찰하기를 권함.

지난번에 실시한 정기 경간진단의 결과 자녀분이 하기에 쓴대로 이상이 있기 때문에 알려 드리겠습니다. 일상생활에 영향이 있을 우려가 있습니다. 안과 전문의에게 진찰을 받으시기를 권합니다.그리고 건강진단의 결과는 건강 관리의 자료로 하기 때문에 학교까지 연락을 해주십시오. 또 안경이나 콘택트 렌즈를 만들 경우에는 꼭 안과 전문의사의 진찰을 받은 후에 해 주십시오.

기

A...1.0 이상
B...0.9~0.7
C...0.6~0.3

1.시력 이상의 우려      안경을 쓸 때의 시력

오른쪽=      (      )

왼쪽=      (      )

2.눈의 질병 및 이상의 우려

(1)결막염. 안검염.기타(      )

(2)양쪽 눈의 기능 이상(사시등) 우려

3.기타(      )

\* 학생의 정상적인 시력은 1.0 이상입니다. 0.9 이하의 사람은 시력의 정도나 학년에 따라서는 일상생활에 지장이 있기 때문에 안과 의원에서 진찰 하기를 권합니다.

\* 이 용지를 작성하기 위한 서류 값은 보호자 부담이 될 경우도 있습니다.양해 해 주시기 바랍니다.

