令和　　年　　月　　日

保護者様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　学校(園)名

　　年　　組　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　校(園)長

視力検査・眼科健診結果のお知らせ

視力・眼科健診において下記の異常が認められました。眼科を受診して、治療や指導を受けてください。受診の結果は、異常の有無にかかわらず、受診報告書を学校に提出してください。

１）　視力低下の疑い

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 裸眼視力 | 眼鏡等での視力 |
| 右 |  |  |
| 左 |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | Ａ | Ｂ | Ｃ | Ｄ |
| 視力 | 1.0以上 | 0.9～0.7 | 0.6～0.3 | 0.3未満 |

※眼鏡等装用中では裸眼視力を測定しないことがあります

２）　目の病気の疑い

３）　コンタクトレンズ（CL）装用に伴う検査

□ 定期検査を受けましょう　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

CLは多くの眼障害が生じるため、高度管理医療機器に認定されています。眼科医の診断を受けて作成し、定期検査を受けましょう。また、医師の指示に従って適正な眼鏡も準備しましょう。

受診報告書（眼科）

１）　視力・屈折検査の結果（眼鏡等装用中では裸眼視力を測定しないことがあります）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 裸眼視力 | 矯正視力 | 眼鏡等での  視力 | 診　　　断 |
| 右 |  |  |  | □近視　□遠視　□(近視性・遠視性・混合)乱視  □調節緊張　□弱視　□正視 |
| 左 |  |  |  | □近視　□遠視　□(近視性・遠視性・混合)乱視  □調節緊張　□弱視　□正視 |

２）　目の病気

□アレルギー性結膜炎　　□眼瞼皮膚炎　　□急性結膜炎　　□霰粒腫　　□麦粒腫（ものもらい）

□睫毛内反（さかさまつげ）　　□角膜炎　　□眼位異常（斜視）　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

**【 治療について 】（該当するものに○）**

1．異常なし 　　2．経過観察 　　3．現用眼鏡等で可 　　4．(眼鏡・CL)処方 　　5．通院治療

6．定期検査 　　7．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**【 特記事項 】（該当するものがあれば○）**

1．感染性あり 　　2．弱視等治療のため眼鏡を常用すること 　　3．その他（　　 　　　　　　）

　　　　令和　　　年　　　月　　　日 医療機関名

医 師 名