

「※」印は学校が記入

※平成 年 月 日

※ 年 組 さん・保護者様

※ 学校長

健康診断結果（視力）のお知らせ

このたび学校で行いました視力検査の結果、視力の低下があるようですのでお知らせします。視力低下の原因は、色々ありますし（近視のみとは限りません）、また学業にも影響しますので、早めに専門医の精密検査を受けられるようおすすめします。

検診を受けられるときは、この用紙と保険証、メガネ等（使用者のみ）をお持ちください。

★この用紙は、診察、治療が済みましたら、医師から記入していただき、切り離さないで学校に提出してください。

※

今回の記録	右		左	
	裸眼視力	メガネ等視力	裸眼視力	メガネ等視力
A.B.C.D のうち該当するものに○をつけてあります。	A. B. C. D	(A. B. C. D)	A. B. C. D	(A. B. C. D)

参考（日本眼科医会による学校視力検査解説）

A	裸眼視力・メガネ視力等 1.0 以上	学業に一応支障なし
B	裸眼視力・メガネ視力等 0.9～0.7	学年によっては支障があるので医師の指導が必要
C	裸眼視力・メガネ視力等 0.6～0.3	学業に支障があるので医師の診断が必要
D	裸眼視力・メガネ視力等 0.2 以下	就業に支障があるので医師の診断が必要

	裸眼視力		屈 折		処 置
診 断 結 果	右	・ (・)	・正視 ・乱視 ・近視 ・遠視 ・その他	{ 近視性 遠視性 混合性	・メ ガ ネ (必要・不要) ・レンズ交換 (必要・不要) ・治 療 (必要・不要)
	左	・ (・)	・正視 ・乱視 ・近視 ・遠視 ・その他	{ 近視性 遠視性 混合性	・ 経過観察 (カ月後に受診) ・ そ の 他 ()
平成 年 月 日 医師名					

家庭からの連絡事項がありましたらご記入ください。