

保護者 殿

学校名 学校

受診のすすめ（視力検査用）

年 組 氏名 _____ さん

視力検査の結果、下記の通りでした。眼科医を受診して、その結果を学校へ提出してください。

	月 日	月 日	《 判 定 》	
右	()	()	A	1.0 以上
左	()	()	B	0.9~0.7
			C	0.6~0.3
			D	0.2 以下

() 矯正視力

※通院治療を受けている方は、次回の受診の時にこの用紙を主治医に提出してください。

眼科医 殿

ご多用中恐れ入りますが、下記についてお知らせくださいますようお願いいたします。

視力	右 ()	左 ()
診断	<ul style="list-style-type: none"> ・近視 ・遠視 ・混合乱視 ・正視 ・その他 () 	<ul style="list-style-type: none"> ・近視性乱視 ・遠視性乱視 ・調節痙攣（仮性近視） ・正視 ・その他 ()
処置	① 異常なし ② 経過観察 ③ 点眼治療 ④ 眼鏡必要 (新規処方 ・ 現在の眼鏡で可 ・ レンズ交換が必要) ⑤ コンタクトレンズ処方 ⑥ その他 ()	
指導	① 次回受診 (月頃) ② 眼鏡使用 (常時 ・ 学習時のみ) ③ その他 ()	

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

(押印不要)

※この書類については、北村山地区学校保健会の学校保健研究にも使用されることがあるため、公的医療機関を除く北村山地区内の医療機関では、「診断書料」、「文書作成料」等は算定しない取り決めになっております。(北村山地区学校保健会/北村山地区医師会)