



平成 27 年 4 月 21 日
練馬区立石神井西中学校
保健室

視力検査を終えて・・・

先週の金曜日に身体計測の中で視力検査を行いました。視力検査で、両目とも A と判断された人（矯正視力含む）以外の人に、下記の「視力検査結果のお知らせ」という用紙をこの保健だよりと一緒に配布しました。

学校での視力検査は、予備調査となっており測定条件も完全ではないので、正確な視力値かどうかを判別しにくいことがあります。「視力検査結果のお知らせ」を配られた人は、ぜひ眼科医での検査を受けてみてください。眼科医では、視力の低下した原因は何か、メガネが必要かどうかなどの確な判断をしてくれます。

なお、検査を受けた人は、返信票を担任まで提出してください。

例

平成 27 年 4 月 16 日
石神井西中学校
保護者様
____年__組 氏名_____

視力検査結果のお知らせ

先日行いました視力検査の結果、お子様の視力は下記のとおりでしたので、お知らせします。

前 期		後 期		視力の判定区分	
右	B	右		A	1.0 以上
左	C	左		B	0.9~0.7
				C	0.6~0.3
				D	0.3 未満

視力値が低いので、眼科医に相談されて適切な処置をとっていただくようお勧めします。
めがねを使用しているお子様は、めがねの適合状態についても調べていただってください。
この用紙は、専門医で下記に記入していただき、学校へお届けください。

記

主治医殿

本校児童・生徒が伺いましたら、よろしくお願ひします。
なお、お手数ですが診察の結果を記入して下さるようお願いいたします。

視 力		医 師 の 所 見		
裸 眼	矯 正	種 別	眼鏡の必要	
右		1 異常なし 2 仮性近視 (右・左) 3 近 視 (右・左) 4 近視性乱視 (右・左)	眼鏡の必要	1 有 (常時・授業中)
				2 無
左		5 遠 視 (右・左) 6 遠視性乱視 (右・左) 7 乱 視 (右・左) 8 雑性乱視 (右・左) 9 その他	眼鏡の適合状態	1 このままでよい
				2 レンズをかえたほうがよい
			座席の考慮	1 要 2 否

平成 年 月 日 医師氏名 認印省略