

3歳児視覚健診票

下記の項目を記入して、3歳児健康診査の日にお持ちください。

ふ り が な (男 ・ 女)

お子さんの名前 令和 年 月 日生

日 中 連 絡 先 TEL (父 ・ 母 ・ その他 :)

現 住 所 仙台市 区

精検案内送付先住所※ 〒

※現住所と異なる場合のみご記入ください。

次の問いにお答えください。

1. お家で視力検査をしましたか。 (はい ・ いいえ)
2. 視力検査の方法について、お子さんはわかりましたか。 (はい ・ いいえ)

視力検査の結果をお知らせください。 検査日 令和 年 月 日

見えたら○、見えなかったら×を記入してください。

				
両 目				
右 目				
左 目				

次の項目について、あてはまる番号に○をつけてください。

いずれもあてはまらない場合には、「9. いずれもあてはまらない」に○をつけてください。

1. ものを見る時に、頭をかたむけたり、顔を回して横目づかいで見たり、
あごをひいて上目づかいで見る。
2. 明るい戸外で、ひどくまぶしがったり、片目をつぶったりする。
3. 目が内側に寄ったり、外、上、斜め上にずれる。
4. じっと見ている時に、目がゆれている。
5. 黒目の中心が白っぽく見える。
6. 黒目の大きさが左右で違う。
7. まぶたが下がっている。
8. その他、目に関して気になる症状がありましたら、下へ記入してください。

[.....]



☐ 対応済み

☐ 要 精 検

9. いずれもあてはまらない。

【屈折検査実施状況】

☐ 実施済み ☐ 再検査 ☐ 測定不可