

年 月 日

保護者 殿
年 組 氏名： さん

学 校 名：
校長氏名：

視力検査結果のお知らせ

視力検査の結果は以下のとおりでしたのでお知らせします。

視力検査の結果と判定の意味

	裸 眼				メガネ・コンタクトレンズ(CL)装用時			
判定	A 1.0 以上	B 0.9～0.7	C 0.6～0.3	D 0.3 未満	A 1.0 以上	B 0.9～0.7	C 0.6～0.3	D 0.3 未満
右								
左								

判定	視力	備 考
A	1.0 以上	視力は良好です。学校生活に影響はありません。
B	0.9～0.7	条件によっては学校生活への影響があります。
C	0.6～0.3	教室後方からは黒板の字が見えにくいことがあります。
D	0.3 未満	教室の前列でも黒板の字が見えにくいです。

左右どちらか片方でも 1.0 未満（B～D）であった場合は、できるだけ早めに医師の診察、指導を受けられることをお勧めします。

なお、受診報告書は保健指導の資料といたしますので、学級担任へご提出ください。

すでに通院され結果が分かっている場合は、受診報告書にその旨を記入し提出してください。

受診報告書

	裸眼視力	矯正視力	メガネ CL の視力	所見（該当に○）
右				近視・遠視・近視性乱視・遠視性乱視・混合乱視 調節緊張弱視・その他眼疾患（ ）
左				近視・遠視・近視性乱視・遠視性乱視・混合乱視 調節緊張弱視・その他眼疾患（ ）

【今後の方針】（該当に○）

- 経過観察
- 調節緊張の治療
- 教室内の座席配慮が望ましい
- 眼鏡の処方（ 新規 ・ 再処方 ・ 現在のレンズで良い ）
- コンタクトレンズの処方（ 新規 ・ 再処方 ・ 現在のレンズで良い ）
- その他（ ）

年 月 日

医療機関名
医師名

令和〇〇年〇〇月〇〇日

保護者 殿

〇年 〇組

氏名：〇〇 〇〇さん

学 校 名：〇〇市立〇〇小学校

校長氏名：〇〇 〇〇

視力検査結果のお知らせ

視力検査の結果は以下のとおりでしたのでお知らせします。

視力検査の結果と判定の意味

	裸 眼				メガネ・コンタクトレンズ(CL)装用時			
判定	A 1.0 以上	B 0.9～0.7	C 0.6～0.3	D 0.3 未満	A 1.0 以上	B 0.9～0.7	C 0.6～0.3	D 0.3 未満
右		○			○			
左			○		○			

判定	視力	備 考
A	1.0 以上	視力は良好です。学校生活に影響はありません。
B	0.9～0.7	条件によっては学校生活への影響があります。
C	0.6～0.3	教室後方からは黒板の字が見えにくいことがあります。
D	0.3 未満	教室の前列でも黒板の字が見えにくいです。

左右どちらか片方でも 1.0 未満（B～D）であった場合は、できるだけ早めに医師の診察、指導を受けられることをお勧めします。

なお、受診報告書は保健指導の資料といたしますので、学級担任へご提出ください。

すでに通院され結果が分かっている場合は、受診報告書にその旨を記入し提出してください。

受診報告書

	裸眼視力	矯正視力	メガネ CL の視力	所見（該当に○）
右				近視・遠視・近視性乱視・遠視性乱視・混合乱視 調節緊張弱視・その他眼疾患（ ）
左				近視・遠視・近視性乱視・遠視性乱視・混合乱視 調節緊張弱視・その他眼疾患（ ）

【今後の方針】（該当に○）

- 経過観察
- 調節緊張の治療
- 教室内の座席配慮が望ましい
- 眼鏡の処方（ 新規 ・ 再処方 ・ 現在のレンズで良い ）
- コンタクトレンズの処方（ 新規 ・ 再処方 ・ 現在のレンズで良い ）
- その他（ ）

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

帳票名：健康診断結果のお知らせ（視力）

1.項目・記載内容

項番	項目名	内容	編集条件	備考
1	発行日	このお知らせを発行した年月日（和暦）を記載		
2	学年	児童生徒の所属する学年を記載		
3	学級名	児童生徒の所属する学級名を記載		
4	氏名	児童生徒の氏名を記載		
5	学校名	学校名を記載		
6	校長氏名	校長の氏名を記載		
7	右裸眼視力の検査結果	右の裸眼視力検査結果を記載	右の「裸眼」のAからDの該当箇所に○を記載	検査が行えなかった場合は、空欄とする
8	左裸眼視力の検査結果	左の裸眼視力検査結果を記載	左の「裸眼」のAからDの該当箇所に○を記載	同上
9	右矯正視力の検査結果	右の矯正視力検査結果を記載	右の「メガネ・コンタクトレンズ(CL)装用時」のAからDの該当箇所に○を記載	同上

項番	項目名	内容	編集条件	備考
10	左矯正視力の検査結果	左の矯正視力検査結果を記載	左の「メガネ・コンタクトレンズ(CL)装用時」のAからDの該当箇所に○を記載	同上
11	元号	医療機関の記入欄の年月日に元号を記載		

2.構成

項番	用紙サイズ	縦・横	記載可能人数	複数枚の 跨り	○枚中○枚目の表示	職務執行者	発行単位	同一帳票内の発行順位	別様式との同時発行	別様式との同時発行順
1	A4	縦	1	無	無	無	個人	学年、学級、出席番号	無	－