

保護者様 To the parent and guardian

Grade 年. Class 組. Name さん

定期健康診断のお知らせ（視力）英語

Eye examination result

定期健康診断の結果、下記のような結果となりましたのでお知らせします。早期に眼科医に受診され、診断および治療を受けられますようおすすめします。

なお、医師の診察を受けられましたら、受診報告書を学校（担任）へ提出してください。

Inform the result of an eye examination. If your child has a problem, please have a check up at ophthalmology (Eye Doctor) ASAP. Also please send to the home room teacher a diagnosis report (attached below) after the check-up.

○ 視力異常の疑い

< 学校で検査した視力 / School eyesight test result >

	裸眼視力/ spherical Naked eye visual acuity	矯正視力/ cylinder eyesight
右 Right	A・B・C・D	A・B・C・D
左 Left	A・B・C・D	A・B・C・D

A : 1.0 以上 / 1.0 or above 1.0

B : 0.9 ~ 0.7

C : 0.6 ~ 0.3

D : 0.2 以下 / 0.2 or below 0.2

受診報告書 / Eye examination result

1 視力検査結果/ Eyesight test result

	裸眼視力 Naked eye eyesight	矯正視力 Cylinder eyesight	結果 / Result
右 Right			正視/normal・近視/nearsightedness (myopia)・遠視/farsightedness (hyperopia)・乱視/astigmatism・弱視/weak sight (amblyopia /meropia)・調節ケイレン/spasm of accommodation・その他/other ()
左 Left			正視/normal・近視/nearsightedness (myopia)・遠視/farsightedness (hyperopia)・乱視/astigmatism・弱視/weak sight (amblyopia /meropia)・調節ケイレン/spasm of accommodation・その他/other ()

2 医師の指導/ Diagnosis

- 治療 / Treatment (要 yes ・ 否 no ・ 経過観察 monitor progress)
- 座席の考慮 / Seating preference (要 yes ・ 否 no)
- 眼鏡 /Glasses(要 yes ・ 不要 no ・ 更新 make new glasses ・ 経過観察 monitor progress)
- 眼鏡装用 / When used (常時 always ・ 学習時 during study)
- コンタクトレンズ装用 / Contact lenses (要 yes ・ 否 no)
- その他 / Other ()

平成 年 月 日

医療機関名

医 師 名

学校長 様 To School Principal

上記のように受診の結果を報告します。

I inform you above my child's eye examination results.

保護者名/parent or guardian name :