

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

&lt; 学校で検査した視力 / School eyesight test result &gt;

	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

----- キリトリセン -----

## 視力検査の報告書

平成 年 月 日

学校長殿

年 組 名 前 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_

視 力 屈折異常の種類( をつけてください)

## 検査結果

右 ( ) 正視・近視・遠視・乱視・調節緊張・その他 ( )

左 ( ) 正視・近視・遠視・乱視・調節緊張・その他 ( )

- 医師の指導
- 1 治療の必要なし
  - 2 様子を見る
  - 3 治療をしばらく続ける
  - 4 めがね等の使用が必要
  - 5 めがね等のレンズ交換が必要
  - 6 その他 ( )