平成 ○年 ○月 ○日

　　　　 HEISEI(Year)　 (Month) (Day)

To Parents/Guardians of

　○年○ 組○ 番　　　　　　　 さん　保護者様

(Year) (Sec) (No)

Toyohashi Municipal School

豊橋市立　　　　学校

校　長　○○　○○

(Name of Principal)

**視力検査結果のお知らせ**

**Result of Visual acuity Test**

The result of your child’s Visual acuity test is as follows. We recommend you to consult a medical specialist as soon as possible. We request the guardian to fill up the Form below (Consultation Report) and submit it to school afterwards. The school will use it as a reference when giving health guidance in the future. Please report to school if your child had already consulted a specialist or undergoing treatment at present.

　視力検査の結果は、下記のとおりです。できるだけ早く、専門医を受診されますようおすすめします。

なお、今後の保健指導の参考にもいたしますので、受診の結果について、保護者で記入し、ご報告ください。すでに、検査済み、治療中の場合は、その旨お知らせください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Result of Visual acuity Test conducted at school学校での視力検査結果 | Right右 | Left左 |
| Naked eye Visual acuity(Corrected Visual acuity)裸眼視力（矯正視力） | （　　　） | （　　　） |

A　1.0以上(Higher than 1.0)　　B　0.9～0.7　　C　0.6～0.3　　D　0.2以下(Lower than 0.2)

受　診　報　告　書

**Consultation Report**

1. Instruction given by the Medical specialist 専門医から受けた指示

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Right 右 | Left 左 |
| Naked eye Visual acuity(Corrected Visual acuity)裸眼視力（矯正視力） | （　　　　） | （　　　　） |
| Diagnosis診断名 | 近視KINSHI (Nearsighted)遠視ENSHI (Farsighted)乱視RANSHI (Astigmatism)その他Other ( ) | 近視KINSHI (Nearsighted)遠視ENSHI (Farsighted)乱視RANSHI (Astigmatism)その他Other ( ) |

* Eye glasses or other vision aid眼鏡等

必要 Necessary 不要 Unnecessary

更新 Need to make new glasses 経過観察 Observe the progress

* Need to wear glasses at school (Consideration for seat’s location) 学校での座席の考慮

常時Always 授業中During classes

* Otherその他

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

1. Name of Clinic/Hospital

医療機関名　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　)

　平成　　　年　　　月　　　日

HEISEI (Year) (Month) (Day)

保護者名

 (Name of Guardian)

ew15shiryoku01(2017)