

年 組 番
保護者様

見本

令和 6 年 5 月 2 日

豊島区立要小学校長

視力検査結果のお知らせ

このたびの視力検査の結果、下記のように視力異常の疑いがありましたので、お知らせいたします。早めに眼科医に相談し、正しい処置と指導を受けるようおすすめします。検査結果は、学校へ提出してください。

学校での視力			学業上必要な対策
右	裸眼 矯正)	A B C D (A B C D)	A (1.0以上) : 学業に一応支障ありません。 B (0.9~0.7) : 学年によっては特に高学年以上 学業に支障がある場合もあるので眼科受診が必要。
左	裸眼 矯正)	A B C D (A B C D)	
			C (0.6~0.3) : 学業に支障があるので眼科受診が必要。 D (0.3未満) : 学業に支障があるので眼科受診が是非必要。

医療機関
記入欄



※ 定期的に、眼科で検査を受けている場合は、医師の指示に従ってください。
急に視力が下がった時は、思わぬ目の病気が潜んでいることがありますので、早めに眼科を受診するようおすすめします。
また、メガネやコンタクトレンズの度が合わない場合も、学校生活に支障をきたしますので、早めに眼科を受診するようおすすめします。

視力精密検査結果

年 組 氏名					
視 力	右	()	診 断 名	近視・近視性乱視・遠視・遠視性乱視 混合乱視・弱視・その他()	
	左	()		近視・近視性乱視・遠視・遠視性乱視 混合乱視・弱視・その他()	
	両眼	()		近視・近視性乱視・遠視・遠視性乱視 混合乱視・弱視・その他()	
処 置		メガネ 必要・不必要) レンズ変更 必要・不必要) 経過観察			
学校生活での注意事項					
眼疾による視力不良					
上記のとおり診断致します。 令和 年 月 日 医療機関名 医 師 名					

家庭から学校へ 検査がすみしたら学校へ提出してください。
(検査や相談を受けなかった場合はその理由をお知らせください。)

令和 年 月 日

保護者氏名

