

## 【 回答書 】

どちらかに○をお付けください。

園での簡易視力検査をご希望の場合は、以下の保護者用の問診票にお答えください。

園での簡易視力検査を      **希望する**      ・      **希望しない**

---

## 【 問 診 票 】

### <保護者用>

お子さんの日常行動で該当する項目がありましたら番号に○をお付けください。  
該当する項目がなければそのままかまいません。

1. 顔を常に同じ方向に傾けている
2. 眼(視線)が内側に外れている
3. 眼(視線)が外側に外れている
4. 屋外に出ると非常にまぶしがらる・嫌がる
5. 瞳の中央(奥の方)が白く光る
6. 薄暗い所をつまづきやすい
7. 片眼をかくすと異常に嫌がる
8. その他(                          )
9. 該当項目なし

### <保育園・幼稚園用>

簡易視力検査のときに、気付いた項目がありましたら○印を付けてください。

10. 片眼をかくすと異常に嫌がる
11. 検査中にどうしても顔を傾けたり、顔を曲げて覗きながら検査をする
12. 検査中、眼が揺れている