名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【　回 答 書　】

どちらかに〇をお付けください。

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〇をお付けください。

該当する項目がなければそのままでかまいません。

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る・嫌がる

５．瞳の中央（奥の方）が白く光る

６．薄暗い所でつまずきやすい

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〇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