

年 月 日

年 組 氏名

年 級 班 姓 名

保護者 様
各位家长

学校 校長

学 校 名 校 长

定期健康診断（眼科）結果のお知らせ

定期健康检查（眼科）结果通知

本年度の定期健康診断（眼科）の結果は、下記のとおりでした。そのままにしておきますと日常生活に影響を与えることがありますので、眼科専門医を受診するようおすすめします。

なお、受診後は、受診結果報告書を学校へ提出してください。

また、眼鏡やコンタクトレンズを作る場合には、必ず眼科専門医の診察を受けてから作るようにしてください。

本年度定期健康检查（眼科）结果如下。如果不及时就诊耽误治疗时，将对日常生活带来影响，建议及时去眼科就诊。

另外，就诊后，请将就诊报告书提交给学校。

若需佩戴眼镜或隐形眼镜时，请务必在接受眼科医生的检查之后方可佩戴。

記
内容

1 視力の異常 使用中の眼鏡等による視力
右＝ ()
左＝ ()

1 視力異常 佩戴眼鏡时的視力
右＝ ()
左＝ ()

2 眼の疾病および異常の疑い
(1) 結膜炎 眼瞼炎 睫毛内反 その他 ()
(2) 両眼視機能異常（斜視等）の疑い

2 疑有眼科疾病及異常
(1) 結膜炎 眼瞼炎 睫毛内翻 其他 ()
(2) 怀疑两眼视觉功能有异常（斜視等）

3 その他 ()

児童生徒の正常視力は、1.0以上です。1.0未満の人は、視力の程度や学年によって日常生活に支障があるので、眼科医の受診をおすすめします。

3 其他 ()

学生的正常视力为1.0以上。1.0以下的学生根据其视力程度以及年级不同，会给日常生活带来影响，建议去眼科就诊。

| | | | | |
|---|----|-----|-------|----|
| A | …… | 1.0 | 以上 | |
| B | …… | 0.7 | 以上1.0 | 未満 |
| C | …… | 0.3 | 以上0.7 | 未満 |
| D | …… | 0.3 | 未満 | |
| | | | | |
| A | …… | 1.0 | 以上 | |
| B | …… | 0.7 | 以上1.0 | 以下 |
| C | …… | 0.3 | 以上0.7 | 以下 |
| D | …… | 0.3 | 以下 | |

受診結果報告書 (眼科)

就诊结果报告书(眼科)

____年 ____組 児童生徒氏名_____

____年 ____班 学生姓名_____

1 視力 右= () 左= ()
(診断) 右 正視 遠視 近視 乱視 調節緊張 疑い その他 ()
左 正視 遠視 近視 乱視 調節緊張 疑い その他 ()
(指導事項) 異常なし 経過観察 治療を要する 治療中
眼鏡・コンタクトレンズ: 不要 必要 作り直す このままで可

1 視力 右= () 左= ()
(診断) 右 正視 遠視 近視 散光 疑有 調節緊張 其他 ()
左 正視 遠視 近視 散光 疑有 調節緊張 其他 ()
(指導事項) 无异常 随访观察 需治疗 治疗中
眼鏡・隱形眼鏡: 不需要 需要 重新佩戴 维持现状

2 眼の疾病及び異常

(1) 異常なし

(2) 結膜炎 眼瞼炎 睫毛内反 その他 ()
治療不要 治療を要する 経過観察 プール (可 不可 月 日現在)
斜視 (位) (内 外 上 下)

2 眼科疾病及異常

(111) 无异常

(2) 結膜炎 眼瞼炎 睫毛内翻 其他 ()
不需治疗 需治疗 继续观察 游泳 (可 不可 月 日現在)
斜視 (眼位) (内 外 上 下)

3 その他 指導事項 ()

3 其他 指導事項 ()

____年 ____月 ____日 医療機関名_____

眼科医師名_____印

____年 ____月 ____日 医院名称_____

眼科医生名称_____印