

問診票（視覚スクリーニング検査用）

ふりがな 氏名		生年	西暦	ID 番号
		月日	年 月 日	
		年齢	歳 月	

お子様に視力に関して不安なことはありませんか？該当することがありましたら、チェックを入れてください。

- テレビを近くで見ている。離れると見えにくいようだ。
 - ものを見る時、顔をしかめたり眼を細める。
 - ものを見る時、顔を傾ける。
 - 顔を回して横目でものを見る。
 - 明るい戸外で片目をつぶる。
 - 一人で階段を上る時、手を使う。
 - クレヨンなどで丸（円）を描かない。
 - 上目遣いで見る。
 - 上記項目以外で不安な点。具体的に記載してください。
-
- 特に心配な点はない。



武井小児科