

定期健康診断結果と事後措置について（依頼）

保護者 様

鹿児島県立甲南高等学校

校長 海江田 修誠

年 組 番

本年度の定期健康診断（視力検査）の結果は下記の通りでした。
視力は健康の保持増進や学習の効率にも直接影響しますので、視力がB、C、Dのいずれかの場合は早めに専門医に相談し、適切な処置を受けるようにお願いします。
なお、受診されましたら、その結果を下記の太枠内に記入の上8月24日（月）までに担任を通じて保健室へ提出してください。
なお、受診はなるべく授業に支障のない放課後などの時間をお願いします。

A（1.0以上） B（0.9～0.7） C（0.6～0.3） D（0.3未満）

【学校での検査結果】

	裸眼視力	(矯正視力)
右		()
左		()

【家庭記入欄】すでに受診や治療が終了している場合は、保護者にて下記の欄にご記入下さい。

1 () 月頃受診 病院名
2 その他
保護者名 _____ 印 _____

【眼科での検査・治療結果】 ※該当するところに○印、及び、ご記入をお願いします。

1 診断名 ①正視 ②近視 ③乱視 ④遠視 ⑤その他 ()
2 事後措置 ①レンズ交換 ②眼鏡・コンタクトレンズ使用 ③経過観察 ④要治療 【視力】 右 () 左 ()
3 留意事項等 学校等で留意すべきことがありましたら、お書きください。
医療機関名 _____ 医師名 _____ 印 _____