

*の欄は個人情報保護のため、メールで送信される場合は記入しないでください。

ふりがな 対象児氏名	*	生年月日	*平成・令和 年 月 日 (歳 力月)
ふりがな 保護者氏名	*	在籍園 学年・担任	
住所	* 〒	電話 E-mail	

視 覚 に 関 す る こ と	眼疾患 (診断名)		発症時期	・生まれた時から ・()頃から			
	視力	裸眼 (矯正)		羞明	有 無		
		右 () 左 ()	色覚異常		有 無 不明		
			夜盲		有 無 不明		
				視野			
		使用文字	点字 ・ 墨字 () p ・ 点墨両方 ・ 両方不可				
	補助具	ルーペ () 倍 単眼鏡 () 倍 拡大読書器 白杖 タブレット					
	備考						
	眼科		主治医・ 視能訓練士				
	受診 頻度	(週 ・ 月 ・ 力月・年) に () 回					
治療 方針・ 留意 事項等							
見え方で気になること等							

