

三歳児健康診査

視覚検査記入用紙

受付番号		氏名		性別	生年月日・年齢		
主訴							
視力検査	両眼	右眼	左眼	検者のコメント			
				検者サイン()			
眼位検査	近見		正位	斜位(内・外・上下)	斜視(内・外・上下)		
	遠見		正位	斜位(内・外・上下)	斜視(内・外・上下)		
	輻湊 (+ ・ ± ・ -) 固視 右固視 左固視 眼振 (+ ・ ± ・ -) その他				屈折検査:		
立体視検査	LANG STEREO I						
	1 理解でき正回答 猫1200” 星600” 車550”						
	2 理解できたが不正解 3 理解できない						
検査結果	1 異常なし						
	2 屈折異常の疑い(遠視、近視、乱視) 3 視力不良の疑い 4 斜視の疑い(内斜視、外斜視、上下斜視) 5 その他						
今後の方針	1 異常なし						
	2 要観察(再検査) 3 要精密検査 医師のサイン()						

三歳児視覚検査統計用紙

実施市町村				実施月			
				市 町 村	年 月		
項 目							
一 次 健 診	a	対象者数			名		
	b	(/ a)	全て見えた		/		
		(/ a)	見えない(1つでも)		/		
		(/ a)	測定できず		/		
		(/ a)	測定せず		/		
二 次 健 診	①	A	受診者			名	
	②	B	検査不能者			名	
	③	(B/A)		検査可能率		%	
	視力検査結果	0.5	O	C	名	合格率 (C/C+D)	
			x	D	名		/ (%)
	④	(④/A)		再検査数			/
	⑤	要精密検査者数			名		
⑥	要精検率 (⑤/A)			%			

視覚健診精密健康診査受診票

受付票の交付番号			発行年月日	
保険証の記号番号			保険者の名称	
受診者	氏名	(平成 年 月 日生)		
	住所			
保護者	氏名			
受診票の有効期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
依 頼 の 内 容				
<p>1. 視力不良の疑い (右眼 ・左眼 ・ 両眼)</p> <p>2. 屈折異常の疑い (遠視 ・近視 ・乱視)</p> <p>3. 斜視の疑い (内斜視、外斜視、上下斜視)</p> <p>4. その他()</p> <p>よろしく願いいたします。</p> <p style="text-align: right;">医師名()</p>				
上記のとおり精密健康診査を依頼いたします。				
平成 年 月 日				
指定医療機関				
殿				
_____ 市長				
印				

三歳六ヶ月児健康診査精密検査結果報告用紙

発行番号No		(健診日 年 月 日)	
氏名	男・女	保護者氏名	
生年月日		電話	
住所			

診 察 所 見	初診時視力		眼位
	RV= (× S D=cyl D Ax °)		1 正位
	LV= (× S D=cyl D Ax °)		2 内斜視 内斜位
			3 外斜視 外斜位
			4 上下斜視
	サイプレジンorアトロピン点眼後(いずれかに○)		
	RV= (× S D=cyl D Ax °)		
	LV= (× S D=cyl D Ax °)		両眼視機能 (立体視など)
	コメント		

診 断 名	ア. 屈折異常(近視・遠視・近視性乱視・遠視性乱視・雑性乱視・) イ. 斜 視(内斜視・調節性内斜視・間歇性外斜視・) ウ. 弱 視(斜視弱視・不同弱視・屈折異常弱視・) エ. その他()
-------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

総 合 判 定	1. 異常なし 2. 経過観察 3. 要治療() 4. 他施設、病院等紹介(紹介先) 5. その他()
---------	--------------------------------------------------------------

受診年月日	平成 年 月 日	担当医師	
-------	----------	------	--

市長	医療機関の長	住所
	氏名	印