

見え方チェック表

記入日	平成 年 月 日	記入者名	本人との続柄：		
ふりがな 名前		男 ・ 女	学 校 ・ 園 名		
生年月日	平成 年 月 日	学年・才			

1 眼科についての質問

- 視力は？ 右： (矯正視力) 左： (矯正視力)
- 眼科受診したことがありますか？ ある ない
- ある場合
 - ・ 医療機関名 _____
 - ・ 診察の内容（診断名等） _____
 - ・ 眼鏡をかけていますか？ はい いいえ
 - ・ 何に対応した眼鏡ですか？ 近視 遠視 乱視 その他（ ）
 - ・ いつ作りましたか（いつからかけていますか）？ _____

2 その他併せ有する疾患等についての質問（低出生体重も含む）

- 疾患名 _____
- 医療機関 _____
- 生下時体重（ ）g 在胎週数（ ）週（ ）日

3 見え方についての質問

- 離れたところを見るとき、目を細めたり、顔を傾けたりする。
- テレビや本に顔を近づけて見ることが多い。
- 注意して見ようとするとき、眼球が揺れているように感じる。
- 見ようとするものに、視線が合わない。または合いにくい。
- 光が当たるととてもまぶしがる。
- 細かな作業が苦手ですぐに疲れてしまう。
- 運動はどちらかというと苦手。特にボール競技等ではボールの動きについていけない様子が見られる。
- 階段の下りが苦手。
- 足元の色が変わる、あるいは急に明暗が変わる場所で立ち止まることがある。
- 人や物とよくぶつかる。
- 人混みが苦手。
- テレビを見たり本を読んだりするとき、顔を傾けたり、横目で見たり、本を動かしたりする。
- 目が内に寄ったり外に寄ったりして、両方の目が同じ方向を見ていないように感じる。
- 探し物が苦手。
- 見るより、聞く方が得意そうである。
- 色をよく間違えることがある。