

眼科健康診断事前アンケート

令和3年5月18日
小田原市立曾我学校

保護者様

このアンケートは、6月1日（火）眼科健康診断に必要な事前アンケートです。

※ 症状がない場合も、全員提出してください。

提出日：5月20日（木）

年 出席番号 氏名

目の症状について あてはまるものの数字部分に○をつけてください。	
1	めやに、涙、充血がある。
2	かゆみがある。
3	遠くを見るとき、目を細める。
4	視線が合わない。
5	上記症状なし。

結膜炎の症状の有無に関する質問です。
眼科健康診断日の2週間前（5/18（火）以降）の状態をご記入ください。

<チェックが入った際、学校が記入する欄>
R3年度視力検査結果：（右；裸眼 （矯正）メガネ・コンタクト）