

## 6-3 視力検査等の記録



母子手帳等から転記又はコピーを貼りましょう

右	左	所見
矯正後	矯正後	
年 月 日	診査施設名または医師名	

右	左	所見
矯正後	矯正後	
年 月 日	診査施設名または医師名	

右	左	所見
矯正後	矯正後	
年 月 日	診査施設名または医師名	

右	左	所見
矯正後	矯正後	
年 月 日	診査施設名または医師名	

右	左	所見
矯正後	矯正後	
年 月 日	診査施設名または医師名	