

保護者各位

【To: Parents/Guardians】

視力と聴力の調査のお願い

【Request for Vision and Hearing Test】

小児療育相談センターでは川崎市からの委託を受けて、3歳児健診を受診するお子さんを対象に、目と耳の異常をできるだけ早期に発見し適切な治療につなげるため、調査と検査を実施しております。

【Shoni Ryoiku Sodan Center (Day Treatment & Guidance Center for Children) is commissioned by Kawasaki City to test the vision and hearing of children who receive their 3-year-old health checkups in order to find any abnormality in the eyes and ears early so that they can receive appropriate care.】

ご家庭で検査を行い、最後のページにある「視力と聴力の調査票」に記入し健診当日に持参し、受付時に提出してください。

【Please fill out the “Questionnaire for Vision and Hearing” found at the end after doing the test at home. Please bring it on the day of the checkup and submit it at the reception.】

提出された調査票を審査し、より詳しい検査（2次検査）が必要と思われるお子さんには、後日封書にてご連絡いたします。

【We will look through the questionnaire and if your child needs further testing (secondary test), we will contact you via letter at a later date.】

なお、2次検査の対象にならなかったお子さんについてはご連絡いたしません。

【Also, if your child does not need the secondary test, you will not be contacted.】

この調査票は、視聴覚検診の目的以外に使用することはありません。

【This questionnaire will not be used for any purpose other than the vision and hearing test.】

- ◆ 2次検査の時期 調査票の提出から3か月前後です
- ◆ Schedule of the secondary test: About 3 months after you turn in the questionnaire.
- ◆ 2次検査の内容 目：視力検査 斜視の検査 眼球運動の検査 立体視の検査
耳：語音聴力検査
- ◆ Details of the secondary test:
 - ◇ Eyes: Vision test, strabismus test, eye movement test, stereoscopic vision test
 - ◇ Ears: Speech audiometry
- ◆ 2次検査の費用 無料
- ◆ Cost of the secondary test: Free of charge
- ◆ 2次検査会場、時間等については、2次検査のお知らせでご案内します。

- ◆ You will be informed of the venue and time for the secondary test in the letter that will be sent.

川崎市では、幼稚園、保育園を通じて4歳児（年中児）を対象に実施していた視聴覚検診を平成28年10月から、3歳児健診で実施することになりました。

【Kawasaki City changed the timing for the vision and hearing test to the 3-year-old health checkup from the previous timing, which was at 4 years old and done at preschool/day care, from October 2016.】

◆お問い合わせは

小児療育相談センター 視聴覚検診班

TEL 045 (321) 1773

【For Further Information

Shoni Ryoiku Sodan Center
(Day Treatment & Guidance Center for Children),
Seeing and Hearing Senses Examination Section
Phone 045-321-1773】

1. 視力検査のやり方

【1. How to do the vision test】

用意するもの

【What you need】

1. 視標：小さい輪が検査用です。大きい輪は点線で切ってお子さんに持たせてください。
【1. Visual target: The small circle is for conducting the test. Cut out the large circle and have your child hold it.】
2. 眼帯：ガーゼまたはティッシュペーパーを5cm位の大きさにたたんで、ばんそうこうなどで、のぞかれないようにしっかり貼って下さい。
【2. Eye bandage: Fold gauze or tissue paper into a 5cm square and put it over your child's eye with adhesive plaster like Band-aid so that he/she cannot see through one eye.】
3. メジャーなど測定できるもの
【3. Something you can measure distance with such as a tape measure.】

検査のやり方

【Procedure】

1. 検査は、明るい部屋の中で2.5mの距離で行います。
【1. The test is to be done in a bright room that allows a distance of 2.5m to be secured.】
2. まず1m以内の距離で練習してみます。練習は両眼で行います。
大きい輪をお子さんに持たせ、切れ目の向きを合わせる方法で何回か練習して、検査のやり方を理解してもらいます。
切れ目の方向は、右・左・上・下の4方向とします。
視標の向きを変えるときは、必ず一度視標をかくしてから変えて下さい。
【2. First, practice with your child from within a 1m distance. The practice is done with both eyes open.
Have your child hold the big circle and have him/her indicate the direction of the slit in the same way as you are showing. Practice a few times.
Point the slit right, left, up, or down.
When you change the direction of the visual target, do it in a way that your child cannot see as you are changing the direction.】
3. 次に2.5mの距離で片目ずつかくして、視力検査を行います。
見えにくそうだったり、いやがったりする時は、反対側の目から検査してください。
【3. Next, cover one eye at a time and do the test with the 2.5m distance.
If it appears that your child is having difficulty seeing or if he/she does not want to do it, start with the other eye.】
4. 検査の結果は正答の場合は○印、誤答の場合は×印を『視力検査』の欄に記入して下さい。
ただし、お子さんが「全然見えない」と言ったら検査を中止し、回答欄にその旨をお書き下さい。
【4. On the space provided on the questionnaire, if your child's answer is correct, draw a circle, and if his/her answer is wrong, put an 'X'.
If your child says he/she cannot see at all, stop the test and write it down on the questionnaire.】

検査けんさがうまくできないとき

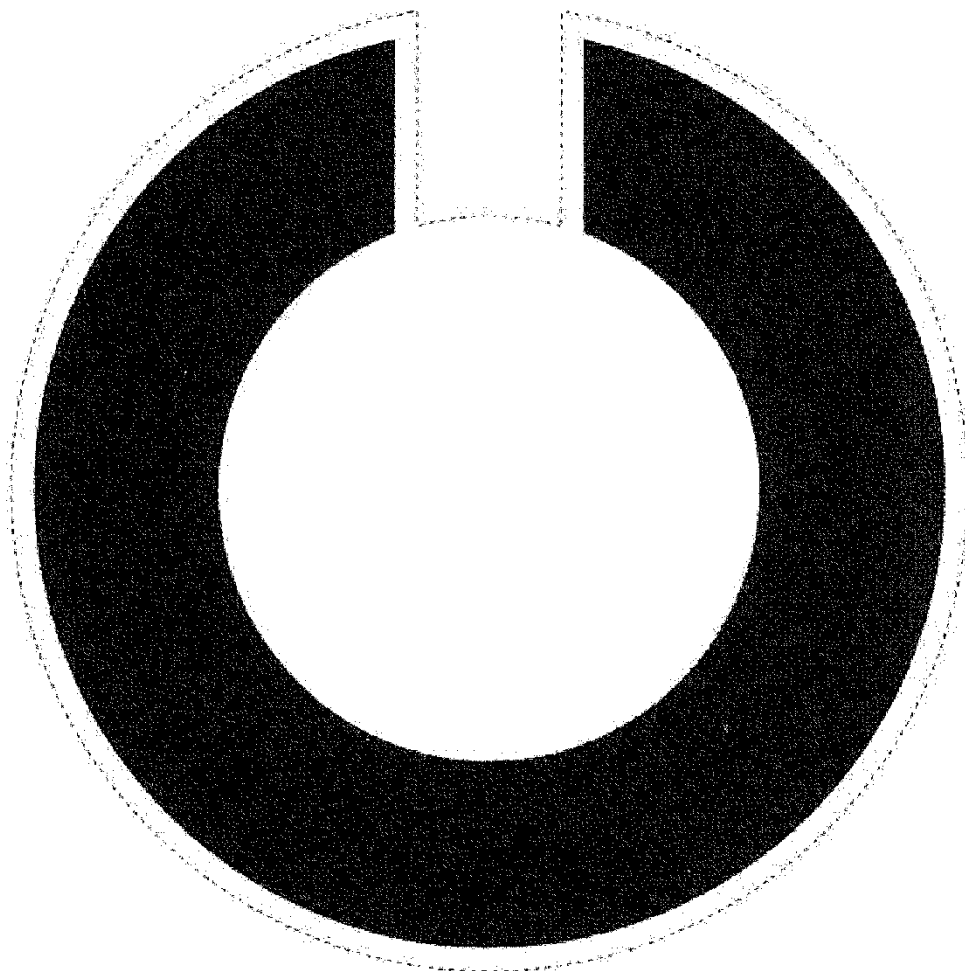
【In case the test cannot be conducted properly】

一度検査いちどけんさをしてうまくできなくても、何回なんかいか繰り返くすと上手かえにできるようになりますので、日ひを変かえて検査けんさして下ください。

【Even if your child could not do it properly the first time, he/she will be able to do it well after a few practices. Practice it and try again on a different day.】

視標^{しひょう}を切り取^きって下^{くだ}さい。
【Cut out the visual target

この輪^わをお子^こさんに持^もたせて下^{くだ}さい。
Have your child hold this circle.】



片^{かた}目^めのかくし^{かた}方^{かた}

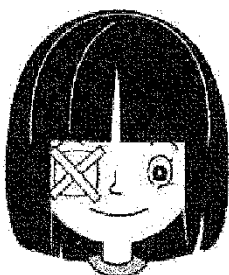
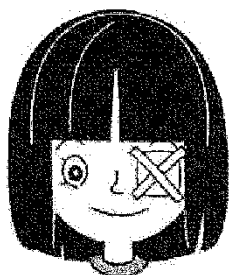
【How to cover one eye】

右^{みぎ}目^め検^{けん}査^さのとき

左^{ひだり}目^め検^{けん}査^さのとき

【When testing the right eye

When testing the left eye】



右^{みぎ}の視^し標^{ひょう} (0.5) を切^きり取^とり
検^{けん}査^さに使^{つか}って下^{くだ}さい。



【Cut out the visual target (0.5) on the right side and use it for the test.】



2. 聴力検査のやり方

【2. How to do the hearing test】

ご家庭で聞こえの検査をしてみましょう。

【Test how well your child can hear at home.】

下の検査の方法を良く読んでから始めて下さい。

【Please read the following instructions carefully before starting the test.】

★検査の時に注意すること

【★Important】

なるべく外を車などが通っていない時をみはからい、テレビやラジオを消して部屋を静かにしてから検査して下さい。

【Please conduct the test in a quiet room. As much as possible, choose a time for the test when there are few cars passing outside. Also, turn off the TV and radio before starting the test.】

ささやき声による聞こえの検査（絵1） 【Hearing test via whispering (Picture 1)】

1. 絵を子どもの方に向けて置き、1mくらい離れて向かい合い座ります。

【1. Sit down in front of the child with a 1m distance between you and the child. Place the Picture sheet facing toward your child.】

2. 「この絵の名前を言うから、お母(父)さんが言った絵を指さしてね。」と子どもに言って、普通の声（会話する時の声）で、絵シートのおりの呼び方で、子どもが6個の絵をすべて正しく指させるように練習します。

【2. Tell your child, “When I say the name of a picture, point to the picture with your finger.” Say the names of the pictures on the Picture sheet to your child as they appear on the questionnaire using your regular voice (like when you have a conversation). Practice pointing to each of the six pictures until he/she can point to each correctly.】

3. 「今度は小さな声で絵の名前を言うから、よく聞いて、指さしてね。」と子どもに言って、口元を手で隠し、6個の絵の名前をささやき声で1回ずつ言い、正しく指させれば○、正しく指させなければ×を調査票の1-①（ささやき声の検査結果）に記入します。

【3. Tell your child, “Now, I will say the name of the pictures quietly, so listen carefully and point.” Cover your mouth and whisper the name of each of the six pictures one by one. If your child can point to the correct picture, draw a circle, if not, write an ‘X’ on part 1-(1) (Result of the hearing test via whispering) of the questionnaire sheet.】

検査の注意事項

【Important】

絵の名前を言うのは1回だけです。聞き返されても、繰り返し言わないで下さい。また、ささやき声が大きくなりすぎないように注意して下さい。

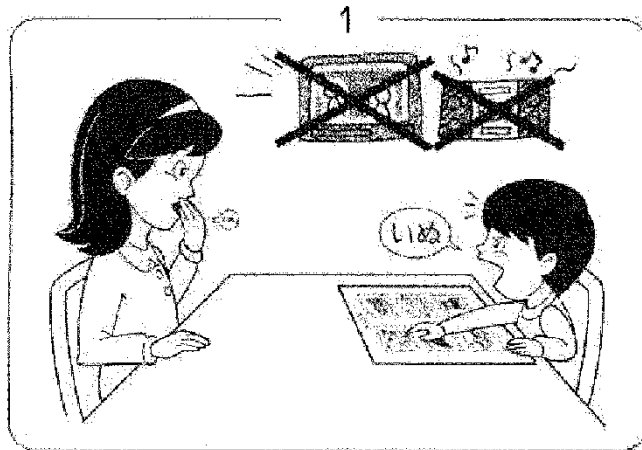
【Say the name of the picture only once. Do not repeat even when your child asks. Also, be careful not to whisper too loudly.】

※ささやき声の出し方

【*How to whisper】

ささやき声は、声を出すだけの感じでないしよ話のようにささやきます。普通の声は、のどに手を当てたときに指に振動を感じますが、ないしよ話のようにささやくと振動は感じません。この状態が「ささやき声」です。

【Whispering is the voice you use when you speak in secret to someone in a quiet voice. You can feel the vibration when you put your hand on your throat in normal speech, but you will not feel it when whispering. This is how whispering feels like.】



指こすりによる聞こえの検査 (絵 2) 【Hearing test by rubbing fingers (Picture 2)】

1. 親は子どもの後ろに立ち、子どもの耳の真横5 cmぐらいのところで、親指と人さし指を5～6回こすります。

【1. Stand behind your child and rub your thumb and index finger 5 or 6 times at about 5 cm away from your child's ear.】

2. 子どもが聞こえたら、手を上げさせるようにします。

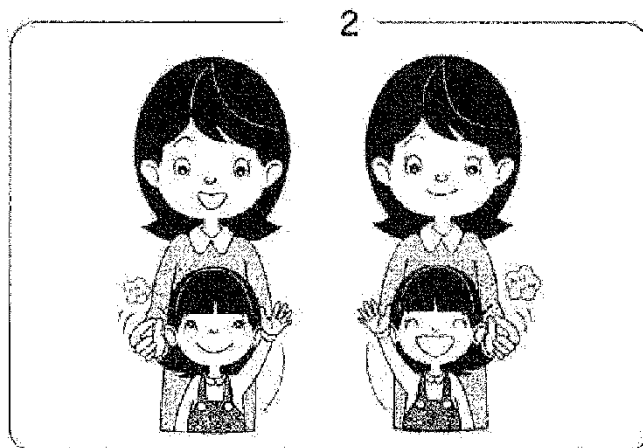
【2. Have your child raise his/her hand if he/she can hear it.】

3. 最初は右、次は左というように、交互に行います。

【3. Start from the right ear and then do the left ear, one at a time.】

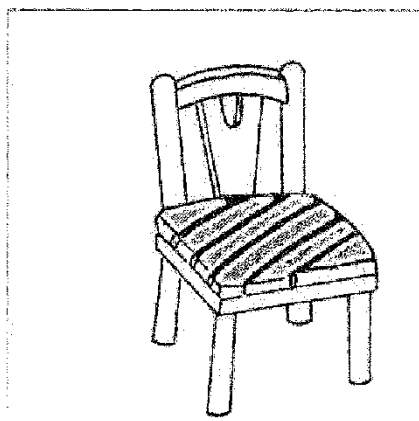
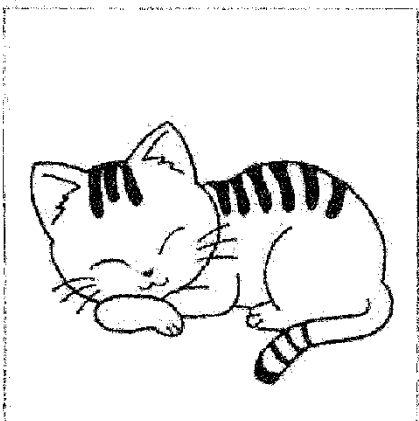
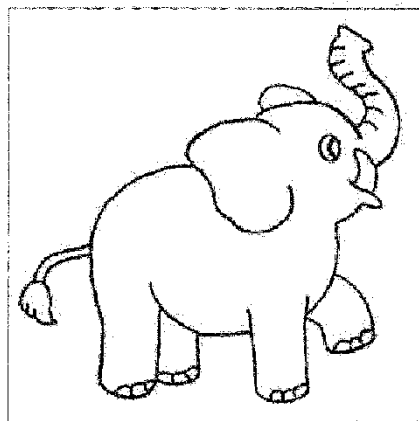
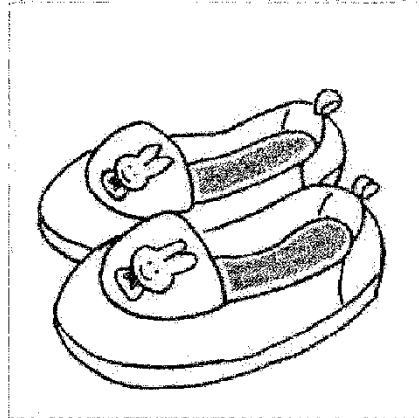
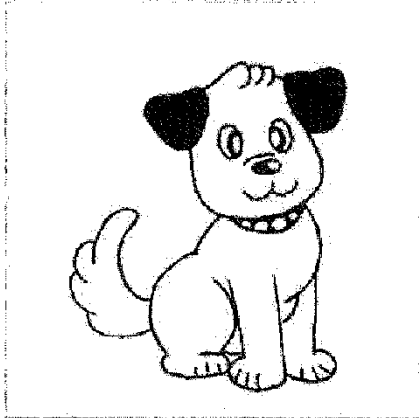
4. 聞こえたら○、聞こえなかったら×を調査票の1-② (指こすりの検査結果) に記入します。

【4. If your child can hear it, draw a circle, and if not, write an 'X' on part 1-(2) (Result of the hearing test by rubbing fingers) of the questionnaire sheet.】



えしーと
絵シート

【Picture sheet】



しりよく ちょうりよく ちょうさひょう
視力と聴力の調査票

【Questionnaire for Vision and Hearing】

(該当箇所に○印をつけ、カッコ内に必要なことを書き入れて下さい)

【Circle the applicable item and write down details if necessary.】

しりよく
視力について 【About your child's vision】

1. 今までに次のような目の異常に気がつきましたか？ 【 Have you noticed any of the following abnormalities regarding your child's eyes?】	
① 内側に寄ることがありますか？ 【(1) Do your child's eyes tend to move toward the inner side, becoming misaligned?】	ア. はい イ. いいえ 【Yes/No】
② 外側または上にずれることがありますか？ 【(2) Do your child's eyes become misaligned by moving outwards or upwards?】	ア. はい イ. いいえ 【Yes/No】
③ 白っぽく見えることがありますか？ 【(3) Do your child's eyes look white?】	ア. はい イ. いいえ 【Yes/No】
④ じっと見ている時黒目が揺れていますか？ 【(4) When your child stares at something, do his/her eyes move (shake back and forth)?】	ア. はい イ. いいえ 【Yes/No】
2. テレビや物を見るときに以下の項目で気がつくことがありますか？ 【2. When your child watches TV or looks at things, do you notice the following?】	
① 首を曲げて見ることがありますか？ 【(1) Does your child look at things with his/her head tilted?】	ア. はい イ. いいえ 【Yes/No】
② 横目で見ることがありますか？ 【(2) Does your child look at things with a sidelong glance?】	ア. はい イ. いいえ 【Yes/No】
③ 目を細めることがありますか？ 【(3) Does your child squint when he/she looks at things?】	ア. はい イ. いいえ 【Yes/No】
④ いつもまぶしがりますか？ 【(4) Is your child overly sensitive to bright light?】	ア. はい イ. いいえ 【Yes/No】
⑤ 明るい所に出たときに片目をつぶることがありますか？ 【(5) Does your child close one eye when he/she goes to a bright place?】	ア. はい イ. いいえ 【Yes/No】
⑥ 上目使いに見ることがありますか？ 【(6) Does your child look up at things (brings his/her chin down then looks up)?】	ア. はい イ. いいえ 【Yes/No】
⑦ あごを上げて見ることがありますか？ 【(7) Does your child look at things with his/her chin up?】	ア. はい イ. いいえ 【Yes/No】
⑧ テレビは離れると見にくそうですか？ 【(8) Does your child appear to have difficulty watching TV from far away?】	ア. はい イ. いいえ 【Yes/No】

3. 現在、眼科に通っていますか？

ア. はい イ. いいえ

【3. Is your child currently seeing an ophthalmologist?】

【Yes/No】

「はい」の方→ (診断名:)

【If the answer is 'Yes', what is the diagnosis? ()】

4. 祖父母、親、兄弟姉妹に弱視・斜視の方がいますか？

ア. はい イ. いいえ

【4. Does any of the child's grandparents, parents, or siblings have weak eyesight

【Yes/No】

or strabismus?】

(メガネ・コンタクトレンズ等で視力がでるものは、弱視ではありません)

【(It is not considered weak eyesight if it can be corrected with glasses or contact lenses.)】

「はい」の方は具体的にご記入下さい。例 (兄、斜視) (母、子供のころ弱視だった)

【If the answer is 'Yes', please write down the specifics and details. Examples: (older brother, strabismus) (mother, had weak eyesight when she was a child)】

()

5. 視力検査について 【5. About the vision test】

①検査の方法を理解して、片目ずつ検査ができましたか？

ア. はい イ. いいえ

【(1) Did your child understand how to do the test and was able to do the test on each eye correctly?】

【Yes/No】

②視力検査結果 (正答は○、誤答は×)

【(2) Results of the vision test (○ for correct answer, X for incorrect answer.)】

みぎめ 右目 【Right eye】	うえ 上 【Up】	した 下 【Down】	ひだり 左 【Left】	みぎ 右 【Right】

ひだりめ 左目 【Left eye】	うえ 上 【Up】	した 下 【Down】	ひだり 左 【Left】	みぎ 右 【Right】

6. その他、目について気になっていることを書いてください。

【6. If you have any concerns about your child's eyes or vision, please write them down.】

()

ちょうりよく

聴力について【About your child's hearing】

1. 聞こえの検査

【1. Hearing test】

① ささやき声の検査結果

(正答は○、誤答は×)

【(1) Result of the hearing test via

whispering (○ for correct answer, X for incorrect answer.)】

いぬ 【Dog】	くつ 【Shoes】	かさ 【Umbrella】	ぞう 【Elephant】	ねこ 【Cat】	いす 【Chair】

② 指こすりの検査結果

(聞こえたら○印、聞こえなかったら×印)

【(2) Result of the hearing test by rubbing fingers

(○ if your child could hear, X if he/she could not.)】

みぎみみ 右耳 【Right ear】	ひだりみみ 左耳 【Left ear】

③ お子さんは検査の方法を理解してできましたか。

ア. できた イ. できなかった

【(3) Did your child understand how to do the test?】

【Yes/No】

2. 中耳炎に何回か、かかったことがありますか。

ア. はい (回) イ. いいえ

【2. Has your child had otitis media?】

【Yes (times)/No】

現在、耳鼻科に通っていますか。

ア. はい イ. いいえ

【Is your child currently seeing an otorhinologist (ear/nose doctor)?】

【Yes/No】

3. 家族、近い親類の方に、小さい時から耳の聞こえの悪い方がいますか。

ア. はい イ. いいえ

【3. Does any of your child's family or close relatives have bad hearing since

【Yes/No】

they were a small child?】

(中耳炎、高熱が原因の場合、高齢による聴力低下は除く)

【(This excludes lowered hearing due to otitis media, high fever, or old age.)】

「はい」の方は具体的に記入下さい。

【If the answer is 'Yes', please write down the specifics and details.】

だれが
【Who】

びょうめい
病名
【Name of the illness】

4. ふだん鼻づまり、鼻汁をだす、口で息をしている、声がかれる、いびきをかくことがありますか。

ア. はい イ. いいえ

【4. Does your child usually have a stuffy or runny nose, breathe through the mouth, speak in a hoarse voice, or snore?】

【Yes/No】

5. 呼んでも返事をしなかったり、聞き返したり、テレビの音を大きくするなど、聞こえが悪いと思う時がありますか。

ア. はい イ. いいえ

【5. Does your child do things that make you think he/she cannot hear very well, such as not responding when called, asking to repeat what was said, and turning

【Yes/No】

the TV volume up?】	
6. お子さんに接する人から聞こえが悪いと言われたことがありますか。 【6. Has anyone who interacts with your child said that he/she does not hear very well?】	ア. はい イ. いいえ 【Yes/No】
7. 話しことばについて、遅れている、発音の心配はありますか。 【7. Do you have any concerns about delay in speech or pronunciation?】	ア. はい イ. いいえ 【Yes/No】
8. 三語文を話せますか。 (例 ○○が△△を□□する ○○といっしょにあそぶなど) 【8. Can your child use more than 3 main words in a sentence? (E.g., ○○ does □□ to △△, I play together with ○○.)】	ア. はい イ. いいえ 【Yes/No】
9. あなたの言うことばの意味を口元や表情を見て判断したり、動作などを加えないと伝わらないことがありますか。 【9. Does your child look at your mouth or facial expressions to judge what you are saying? Is it difficult to communicate without gestures?】	ア. はい イ. いいえ 【Yes/No】

10. その他、耳について気になっていることを書いてください。

【10. If you have any concerns about your child's ears or hearing, please write them down.】

()