

保護者各位

【致 各位家长】

視力と聴力の調査のお願い

【視力和听力调查通知】

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。

【小児療育咨询中心接受川崎市的委托，以接受健康检查的3岁幼儿为对象进行调查和检查，以求尽可能早期发现眼睛和耳朵的异常后得以接受适当的治疗。】

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。

【请在家里进行检查，然后填写在最后一页的“视力和听力调查表”后于健康调查当天带来，并于挂号时提出。】

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。

【審査提出の調査表后，我们将在日后以封口的书信通知认为有必要进一步做详细检查（2次检查）的幼儿。】

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。

【此外，我们不会通知非2次检查对象的幼儿。】

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。

【此调查表不会用于视听觉检诊以外的目的。】

◆2次検査の時期 調査票の提出から3か月前後です

【◆2次检查的时期： 调查表提出后3个月前后】

◆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

みみ： 語音聴力検査

【◆2次检查的内容： 眼睛： 视力检查 斜视的检查 眼球运动的检查 立体视的检查
耳： 语音听力检查】

◆2次検査の費用 無料

【◆2次检查的费用： 免费】

◆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。

【◆关于2次检查会场、时间等，于2次检查通知上记载。】

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。

【川崎市通过幼儿园、保育园，以4岁幼儿（年中儿）为对象实施的视听觉检诊自平成28年（2016年）10月起变成实施3岁幼儿健康检查。】

◆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

【◆咨询

小児療育咨询中心 視聴覚検診班

电话 045（321）1773】

1. 視力検査のやり方【1. 視力検査方法】

用意するもの

【准备物品】

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. 視標：小环用于检查。请沿虚线剪开大环，然后让孩子携带。】
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. 眼罩：将纱布或面纸折叠成大约5厘米大小的长方块，并用创口贴等将其牢牢地粘住，以免被窥视。】
3. メジャーなど測定できるもの
【3. 可以测量的量尺等】

検査のやり方

【検査方法】

1. 検査は、明るい部屋の中で2.5mの距離で行います。
【1. 検査时在明亮房间里，隔2.5米的距离进行。】
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. 首先以1米以内的距离练习看看。练习时以两眼进行。
让孩子拿着大环，利用对齐缺口的方法练习几次，让孩子了解检查方法。
缺口方向有右、左、上、下4个方向。
改变视标的方向时，请务必暂时遮住视标后再改变。】
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下さい。

【3. 接着以 2.5 米的距离分别遮住单眼进行视力检查。

似乎难以看清或是不想看时，请检查另外一眼。】

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. 检查结果请填写在“视力检查”栏内，正确请打○，错误请打×。

但孩子如果说“完全看不见”时则停止检查，并请在回答栏内填写该内容。】

検査がうまくできないとき

【検査不顺利時】

一度検査をしてうまくできなくても、何回か繰り返すと上手にできるようになりますので、日を変えて検査して下さい。

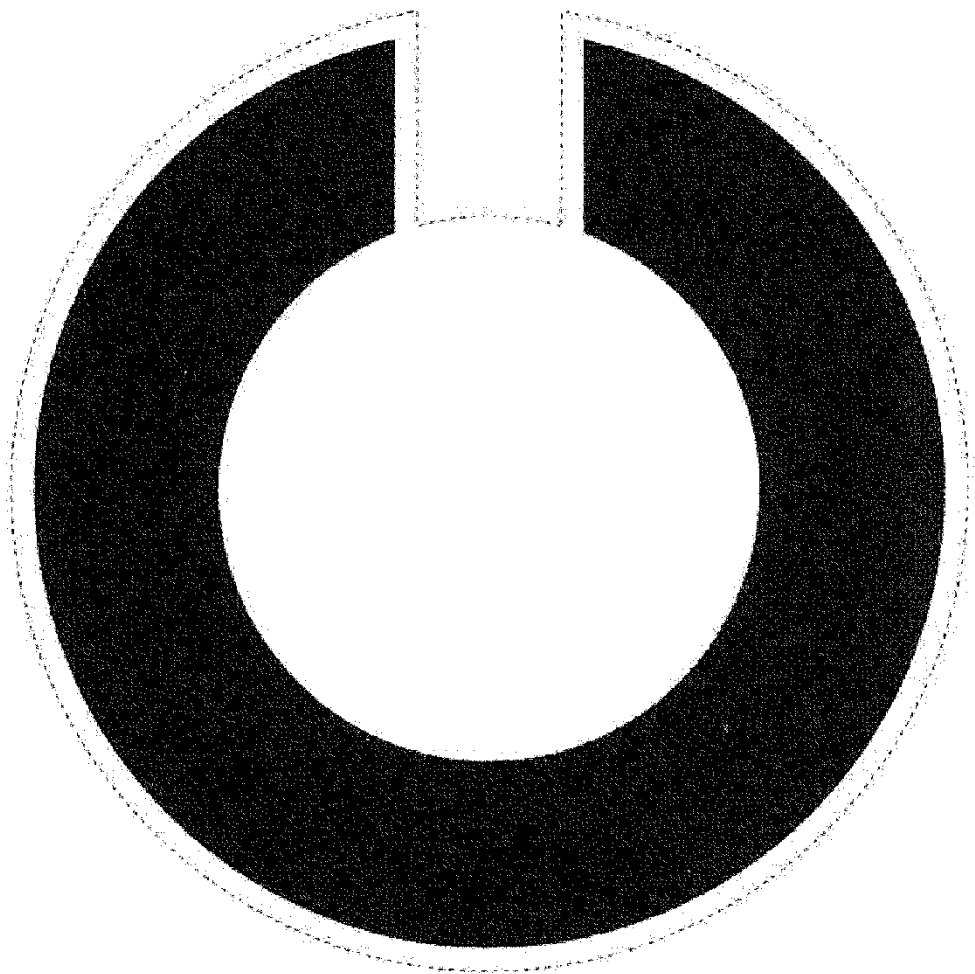
【検査時即使不顺利，重复操作几次后就会顺利了，这时请变更日期检查。】

視標^{しひょう}を切り取^{きり}って下^{くだ}さい。

【请剪下视标。】

この輪^わをお子^こさんに持^もたせて下^{くだ}さい。

让孩子带这个环。】

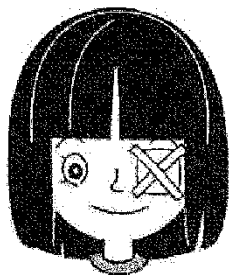


片目^{かため}のかくし方^{かた}

【遮盖单眼的方法】

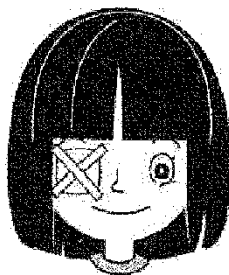
右目^{みぎめ}検査^{けんさ}のとき

【右眼检查时】



左目^{ひだりめ}検査^{けんさ}のとき

【左眼检查时】



右^{みぎ}の視標^{しひょう} (0.5) を切り取^{きり}取り
検査^{けんさ}に使^{つか}って下^{くだ}さい。

【请剪下右边的视标 (0.5) 后
于检查时使用。】



2. 聴力検査のやり方

【2. 听力检查方法】

ご家庭で聞こえの検査をしてみましょう。

下の検査の方法を良く読んでから始めて下さい。

【在家里检查听力看看吧。

请仔细阅读以下的检查方法后开始。】

★検査の時に注意すること

【★检查时的注意事项】

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。

【请尽量在外面没有车辆等通过时，关掉电视机或收音机后在房间安静的情况下检查。】

ささやき声による聞こえの検査（絵1） 【可否听到低声细语的检查（图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. 将图面朝孩子的方向放置，隔1米左右面对图坐下。】

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、絵シートのとおりの呼び方で、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. 向孩子说出“说出这个图的名字后，指出母亲（父亲）所说的图。”，让孩子练习用一般的说话声（会话时的声音），按照图片纸的称呼方式可以全部正确指出6个图。】

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. 向孩子说出“这次小声说出图的名字后，仔细聆听，并用手指出。”之后，用手遮住嘴巴，分别小声地说出6个图的名字，并填写在调查表的1-①（低声细语的检查结果），正确指出的话打○，不能正确指出的话打×。】

検査の注意事項

【检查的注意事项】

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らないように注意して下さい。

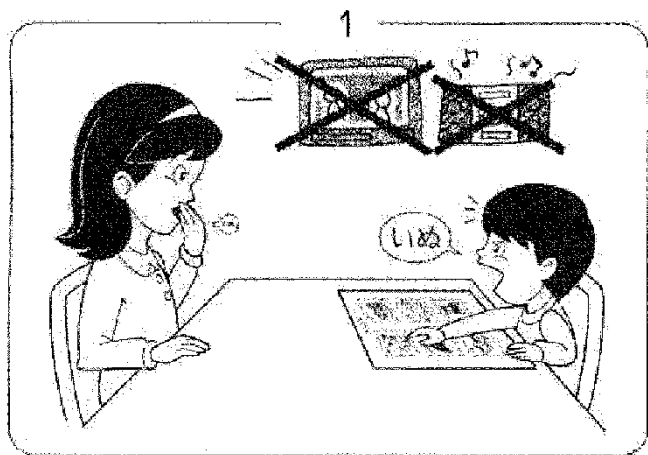
【只说一次图的名字。即使被反问也不要重复说出。此外，请注意低声细语地说出，声音不要太大。】

※ささやき声の出し方

【※低声细语出声的方法】

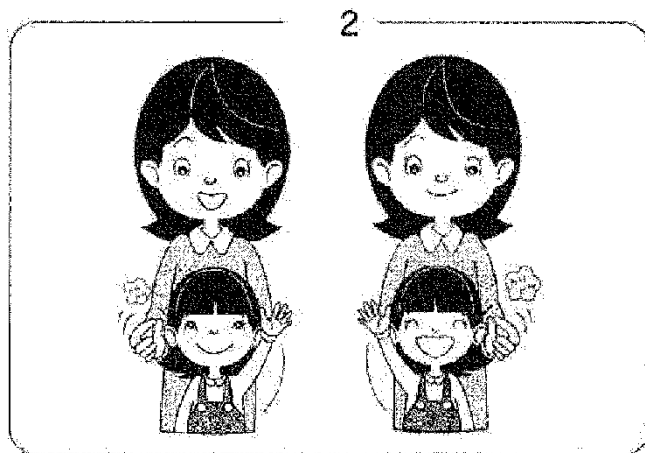
ささやき声は、声を出すだけの感じでないしよ話のようにささやきます。普通の声は、のどに手を当てたときに指に振動を感じますが、ないしよ話のようにささやくと振動は感じません。この状態が「ささやき声」です。

低声细语就是感觉不到出声的私下耳语般地小声说话。一般的说话声就是当手放在喉咙处时手指可感受到振动，但私下耳语般地窃窃私语时则感觉不到振动。这种状态就是“低声细语”。】



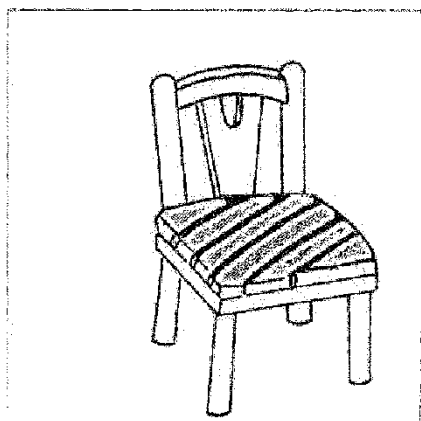
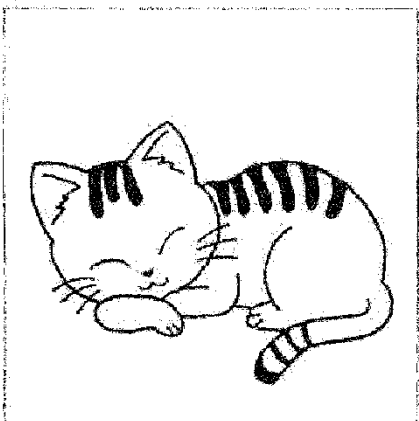
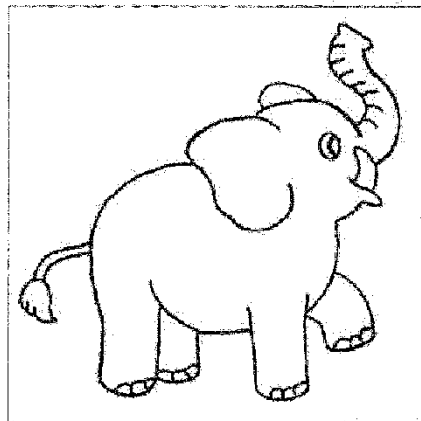
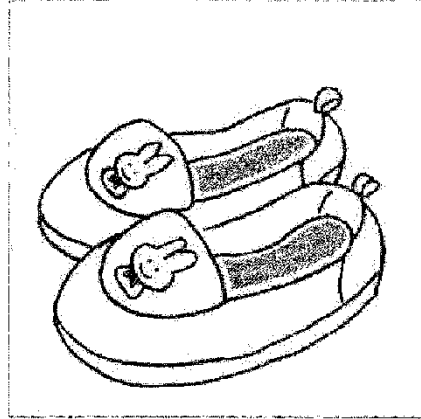
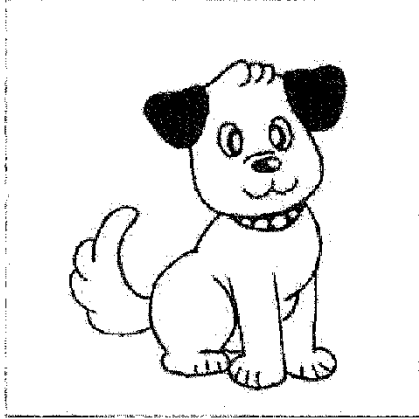
指こすりによる聞こえの検査 (絵 2) 【摩擦手指进行的听力检查 (图 2)】

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. 父母站在孩子后面，在孩子的耳朵正侧面约5厘米处利用拇指和食指摩擦5～6次。】
2. 子どもが聞こえたら、手を上げさせるようにします。
【2. 当孩子听到声音时，请孩子举手。】
3. 最初は右、次は左というように、交互に行います。
【3. 刚开始测试右耳，接着测试左耳交互进行。】
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. 将结果填写在调查表的1-② (摩擦手指的检查结果)，听得到的话打○，听不到则打×。】



えしーと
絵シート

【图片纸】



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

【視力和听力调查表】

(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ください)

【(在符合的项目打○，并在括号内写下必要的内容。)

しりよく
視力について【关于视力】

1. 今までに次のような目の異常に気がつきましたか？ 【是否有发现到如下所述的眼部异常？】	
① 内側に寄ることがありますか？ 【是否有斗鸡眼的现象？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 有 乙. 无】
② 外側または上にずれることがありますか？ 【黑眼珠是否有往外侧或上方偏离？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 有 乙. 无】
③ 白っぽく見えることがありますか？ 【有没有翻白眼的现象？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 有 乙. 无】
④ じっと見ている時黒目が揺れていますか？ 【凝视时，黑眼珠会抖动吗？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 有 乙. 无】
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？ 【看电视或看东西时是否有发现到如下所述的项目？】	
① 首を曲げて見ることがありますか？ 【是否会歪着头看东西？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 是 乙. 否】
② 横目で見ることがありますか？ 【是否会斜视？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 是 乙. 否】
③ 目を細めることがありますか？ 【是否会眯着眼睛？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 是 乙. 否】
④ いつもまぶしがりますか？ 【眼睛总是畏光吗？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 是 乙. 否】
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？ 【到明亮的地方时会闭上一只眼睛吗？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 是 乙. 否】
⑥ 上目使いに見ることがありますか？ 【眼珠是否有朝上看的现象？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 有 乙. 无】
⑦ あごを上げて見ることがありますか？ 【是否会抬下巴看东西？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 是 乙. 否】
⑧ テレビは離れると見にくそうですか？ 【与电视机保持距离后会难以看到画面吗？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 是 乙. 否】
3. 現在、眼科に通っていますか？ 【现在有去看眼科吗？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 有 乙. 无】
「はい」の方→(診断名：)	

【回答“有”者→（診断名称： ）】

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

【祖父母、父母、兄弟姐妹里有弱视或斜视的人吗？】 【甲. 有 乙. 无】

（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）

【（利用眼鏡、隐形眼鏡等可以恢复视力时非弱视）】

「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）

【回答“有”者，请填写具体内容。例如（哥哥、斜视）（母亲、小时候曾是弱视）】

[]

5. 視力検査について【关于视力检查】

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

【了解检查方法，每次只检查一只眼睛吗？】

【甲. 是 乙. 否】

②視力検査結果（正答は○、誤答は×）

【视力检查结果（正确打○，错误打×）】

	うえ 上	した 下	ひだり 左	みぎ 右
みぎめ 右目 【右眼】	【上】	【下】	【左】	【右】

	うえ 上	した 下	ひだり 左	みぎ 右
ひだりめ 左目 【左眼】	【上】	【下】	【左】	【右】

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。

【其他如有关于眼睛方面在意的事情请具体填写。】

[]

ちょうりよく

聴力について【关于听力】

1. 聞こえの検査

【1. 听力检查】

① ささやき声の検査結果

(正答は○、誤答は×)

【① 低声细语的检查结果

(正确打○，错误打×)】

いぬ 【狗】	くつ 【鞋子】	かさ 【伞】	ぞう 【大象】	ねこ 【猫】	いす 【椅子】

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 摩擦手指的检查结果

(听得到打○，听不到打×)】

みぎみみ 右耳	ひだりみみ 左耳
【右耳】	【左耳】

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 孩子可以了解检查方法吗？】

【甲. 可以 乙. 不可以】

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

【得过好几次中耳炎吗？】

【甲. 有 (次) 乙. 无】

現在、耳鼻科に通っていますか。

ア. はい イ. いいえ

【现在有去看耳鼻喉科吗？】

【甲. 有 乙. 无】

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

【家人、近亲当中有无自小时候起就听力不佳的人？】

【甲. 有 乙. 无】

(中耳炎、高熱が原因の場合、高齢による聴力低下は除く)

「はい」の方は具体的にご記入下さい。

【(因中耳炎、高烧或高龄造成听力退步者除外)

回答“有”者，请填写具体内容。】

誰が
【名字】

病名
【病名】

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

【平时有鼻塞、流鼻涕、用嘴巴呼吸、嗓子哑或打呼吗？】

【甲. 有 乙. 无】

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

【有即使被人叫也没有反应、有时有反问、有时电视声音调大声等觉得听力不佳的情形吗？】

【甲. 有 乙. 无】

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。

ア. はい イ. いいえ

【接触过孩子的有告诉过您孩子听力不佳吗？】

【甲. 有 乙. 无】

<p>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。 【关于说话，有担心孩子说话发展缓慢或发音方面的问题吗？】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【甲. 有 乙. 无】</p>
<p>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) 【会说三语词吗？ (例如 ○○(主语) □□(动词) △△(宾语) 与○○一起玩等)】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【甲. 会 乙. 不会】</p>
	<p>ア. はい イ. いいえ 【甲. 有 乙. 无】</p>
<p>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。 【看嘴巴或表情判断您说的意思，或是不加上动作等就无法传达意思吗？】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【甲. 有 乙. 无】</p>

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。
【其他如有关于耳朵方面在意的事情请具体填写。】

()