

保護者各位

【Kepada: Orang tua/Wali】

視力と聴力の調査のお願い

【Permintaan Tes Penglihatan dan Pendengaran】

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 (Pusat Perawatan Harian dan Bimbingan Anak) ditugaskan oleh Kota Kawasaki untuk menguji penglihatan dan pendengaran anak berusia 3 tahun yang menjalani pemeriksaan kesehatan untuk menemukan kelainan pada mata dan telinga sejak dini agar mereka dapat menerima perawatan yang sesuai.】

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。

【Mohon mengisi “Kuesioner untuk Penglihatan dan Pendengaran” yang terdapat di bagian akhir setelah melakukan tes di rumah. Harap membawanya pada hari pemeriksaan dan serahkan ke bagian resepsi.】

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。

【Kami akan memeriksa kuesioner dan apabila anak Anda memerlukan tes lebih lanjut (tes sekunder), kami akan menghubungi Anda melalui surat di kemudian hari.】

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。

【Namun, apabila anak Anda tidak memerlukan tes sekunder, Anda tidak akan dihubungi.】

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。

【Kuesioner ini tidak akan digunakan untuk tujuan selain tes penglihatan dan pendengaran ini.】

◆ 2次検査の時期 調査票の提出から3か月前後です

◆ Jadwal tes sekunder: Sekitar 3 bulan setelah menyerahkan kuesioner

◆ 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

◆ Rincian tes sekunder:

◇ Mata: Tes penglihatan, tes mata juling, tes pergerakan mata, tes penglihatan stereoskopis

◇ Telinga: Audiometri tutur

◆ 2次検査の費用 無料

◆ Biaya tes sekunder: Gratis

- ◆ 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。
- ◆ Anda akan diberitahu tempat dan waktu untuk tes sekunder dalam surat yang akan dikirimkan.

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。

【Kota Kawasaki mengubah waktu tes penglihatan dan pendengaran menjadi pemeriksaan kesehatan anak berusia 3 tahun dari waktu sebelumnya, yaitu anak berusia 4 tahun dimana dilakukan di tempat TK/day care, mulai Oktober 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

【Untuk informasi lebih lanjut

Shoni Ryoiku Sodan Center
(Pusat Perawatan Harian dan Bimbingan Anak),
Bagian Pemeriksaan Indra Penglihatan dan Pendengaran
Telp. 045-321-1773】

1. 視力検査のやり方

【1. Cara melakukan tes penglihatan】

用意するもの

【Yang diperlukan】

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. Target visual: Lingkaran kecil digunakan untuk melakukan tes. Potong lingkaran besar dan minta anak untuk memegangnya.】
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. Penutup mata: Lipat kain kasa atau tisu menjadi persegi ukuran 5 cm dan tempelkan di mata anak dengan plester perekat seperti Hansaplast agar anak tidak dapat melihat dengan satu mata.】
3. メジャーなど測定できるもの
【3. Sesuatu yang digunakan untuk mengukur seperti pita ukur.】

検査のやり方

【Prosedur】

1. 検査は、明るい部屋の中で2.5mの距離で行います。
【1. Tes harus dilakukan di ruangan terang yang memungkinkan jarak 2,5m tersedia.】
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. Pertama, berlatih dengan anak dari jarak 1m atau lebih dekat. Latihan dilakukan dengan kedua mata terbuka.
Minta anak Anda memegang lingkaran besar dan minta dia tunjukkan arah celah seperti yang Anda lakukan. Berlatihlah beberapa kali.
Arahkan celahnya ke kanan, kiri, atas atau bawah.
Saat mengubah arah target visual, lakukanlah dengan cara yang tidak dapat dilihat anak saat arahnya sedang diubah.】
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. Selanjutnya, tutupi mata satu per satu dan lakukanlah tes dengan jarak 2,5m.
Jika tampaknya anak mengalami kesulitan melihat atau jika dia tidak mau melakukannya, mulailah dengan mata yang lain.】
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. Di tempat yang disediakan dalam kuesioner, apabila jawaban anak benar, gambarlah sebuah lingkaran dan apabila jawabannya salah, tulislah huruf “X”.
Jika anak Anda mengatakan dia sama sekali tidak bisa melihat, hentikan tes dan tuliskan di kuesionernya.】

検査がうまくできないとき

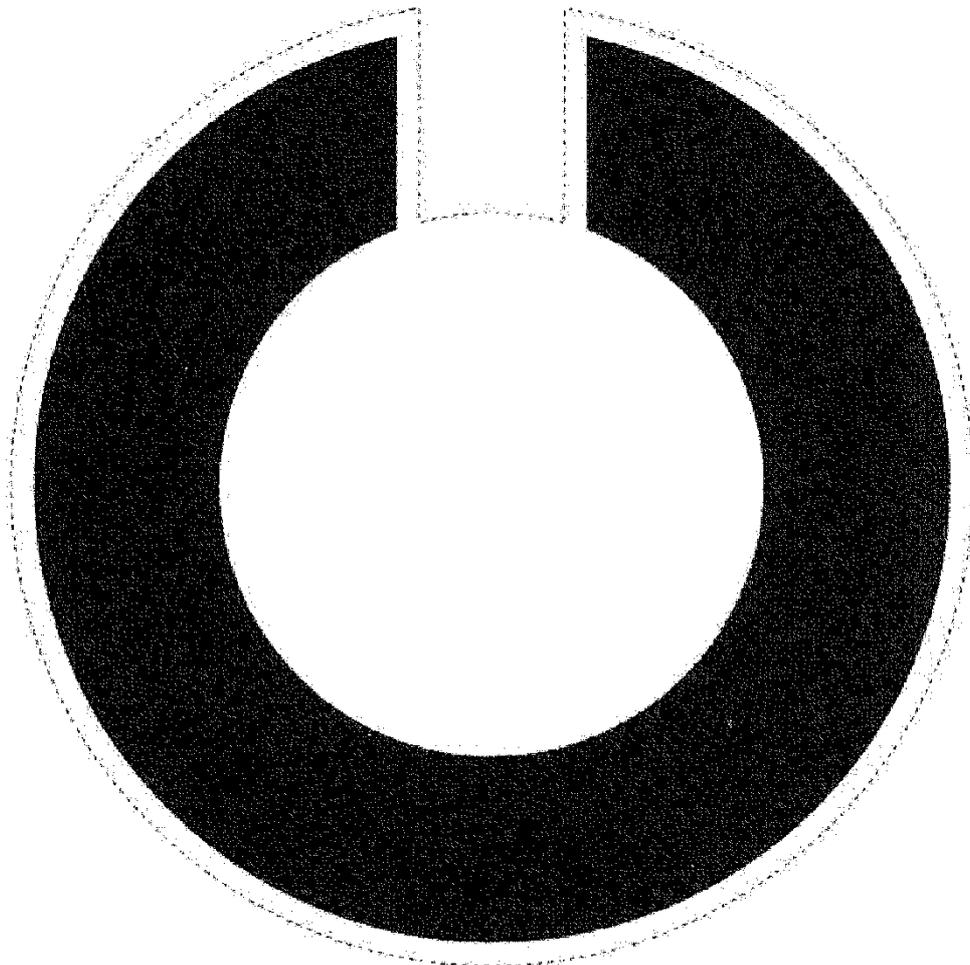
【Seandainya tes tidak dapat dilakukan dengan benar】

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。

【Meskipun anak tidak dapat melakukannya dengan benar pada kali pertama, dia akan dapat melakukannya dengan baik setelah beberapa kali latihan. Berlatihlah dan coba lagi di hari lain.】

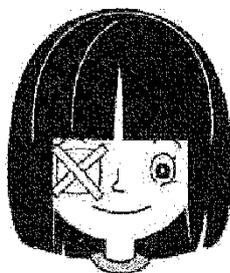
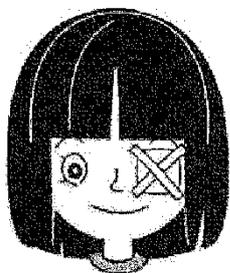
視標^{しひょう}を切り取^{きり}って下^{くだ}さい。
【Potong target visual

この輪^わをお子^こさんに持^もたせて下^{くだ}さい。
Minta anak Anda memegang lingkaran ini】



片目^{かため}のかくし方^{かた} 【Cara menutup satu mata】

右目^{みぎめ}検査^{けんさ}のとき 左目^{ひだりめ}検査^{けんさ}のとき
【Saat menguji mata kanan Saat menguji mata kiri】



右^{みぎ}の視標^{しひょう} (0.5) を切り取^{きり}り
検査^{けんさ}に使^{つか}って下^{くだ}さい。 →
【Potong target visual (0.5) di sebelah kanan dan
gunakanlah untuk tes.】

2. 聴力検査のやり方

【2. Cara melakukan tes pendengaran】

ご家庭で聞こえの検査をしてみましょう。

【Ujilah seberapa baik anak dapat mendengar di rumah.】

下の検査の方法を良く読んでから始めて下さい。

【Mohon membaca instruksi berikut dengan baik sebelum memulai tes.】

★検査の時に注意すること

【★Penting】

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。

【Mohon melakukan tes di dalam ruangan yang sepi. Sebisa mungkin, pilih waktu untuk tes ketika hanya ada sedikit mobil yang melintas di luar. Selain itu, matikan TV dan radio sebelum memulai tes.】

ささやき声による聞こえの検査（絵 1）

【Tes pendengaran melalui bisikan (Gambar 1)】

1. 絵を子どもの方に向けて置き、1 mくらい離れて向かい合い座ります。

【1. Duduklah di depan anak dengan jarak 1 m antara Anda dan anak. Tempatkan gambar menghadap anak.】

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. Beritahu anak Anda “Saat saya mengucapkan nama sebuah gambar, tunjukkan gambar itu dengan jarimu.”
Ucapkan nama gambar dari lembar gambar kepada anak seperti yang muncul di kuesioner menggunakan suara biasa (seperti sedang berbincang). Berlatihlah menunjuk ke masing-masing enam gambar sampai dia dapat menunjuk dengan benar.】

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. Beritahu anak Anda “Sekarang, saya akan mengucapkan nama gambar dengan suara kecil, jadi dengarkan baik-baik dan tunjukkan.” Tutup mulut Anda dan bisikkan nama masing-masing enam gambar satu demi satu. Apabila anak dapat menunjuk ke gambar yang benar, gambarlah sebuah lingkaran. Jika tidak, tuliskan huruf “X” di bagian 1-① (Hasil tes pendengaran melalui bisikan) dari lembar kuesioner.】

検査の注意事項

【Penting】

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。

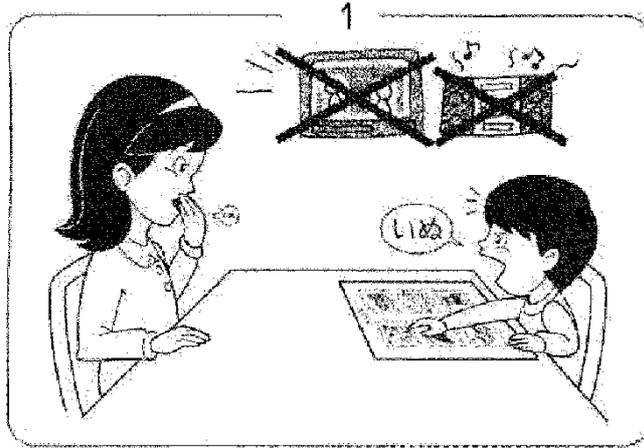
【Ucapkan nama gambarnya sekali saja. Jangan diulangi meskipun anak memintanya. Selain itu, berhati-hatilah agar tidak berbisik terlalu keras.】

※ささやき声の出し方

【*Cara berbisik】

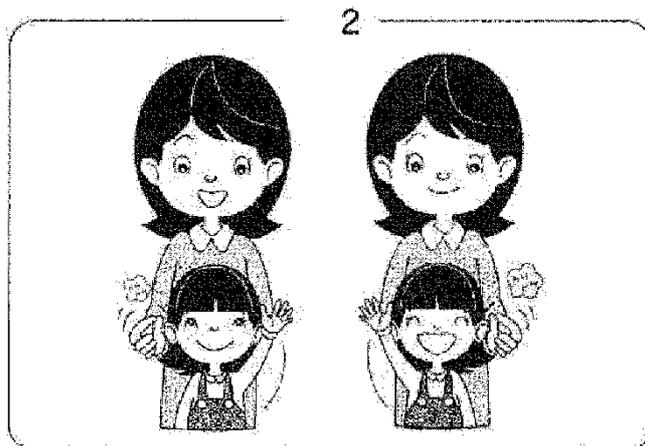
ささやき声は、声を出すだけの感じでないしよ話のようにささやきます。普通の声は、のどに手を当てたときに指に振動を感じますが、ないしよ話のようにささやくと振動は感じません。この状態が「ささやき声」です。

【Bisikan adalah suara yang Anda gunakan saat berbicara secara rahasia kepada seseorang dengan suara kecil. Anda bisa merasakan getaran saat Anda meletakkan tangan di tenggorokan saat berbicara normal, tetapi Anda tidak akan merasakannya saat berbisik. Seperti inilah rasanya berbisik.】



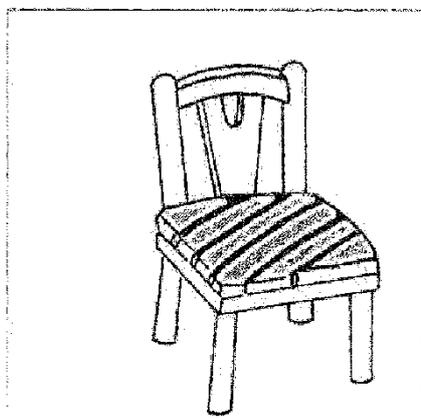
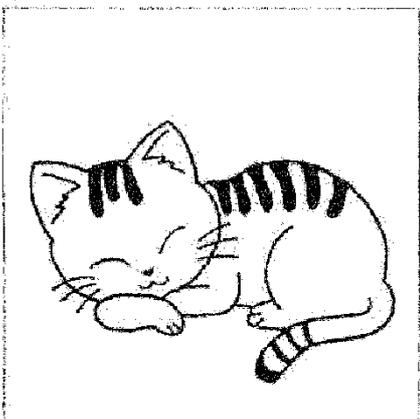
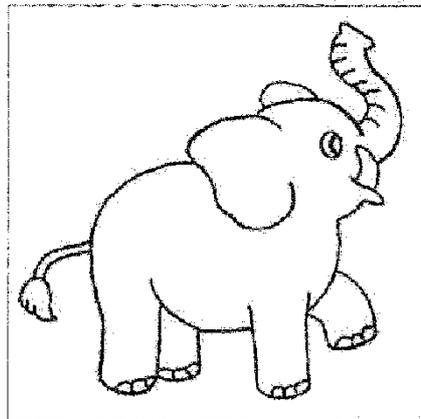
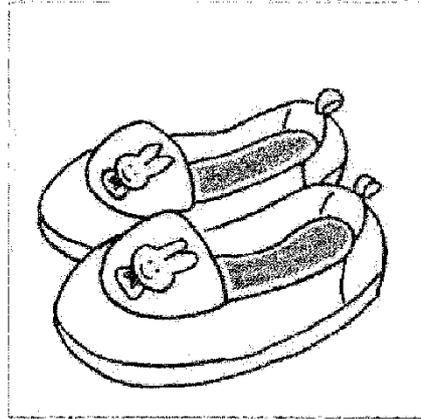
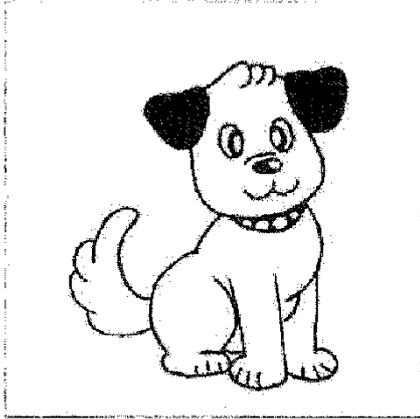
指こすりによる聞こえの検査 (絵 2) 【Tes pendengaran melalui gosokan jari (Gambar 2)】

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. Berdirilah di belakang anak Anda dan gosokkan jempol dengan jari telunjuk untuk 5 atau 6 kali, dengan jarak sekitar 5 cm dari telinga anak.】
2. 子どもが聞こえたら、手を上げさせるようにします。
【2. Minta anak untuk menaikkan tangannya jika dia dapat mendengarnya.】
3. 最初は右、次は左 というように、交互に行います。
【3. Mulailah dari telinga kanan, lalu telinga kiri, satu per satu.】
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. Apabila anak dapat mendengarnya, gambarlah sebuah lingkaran. Jika tidak, tulislah huruf “X” di bagian 1 – ② (Hasil tes pendengaran melalui gosokan jari) dari lembar kuesioner.】



えしーと
絵シート

【Lembar gambar】



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

【Kuesioner untuk Penglihatan dan Pendengaran】

(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)

【Lingkari pilihan yang sesuai dan isi keterangan tambahan bila diperlukan.】

しりよく
視力について 【Mengenal Penglihatan Anak】

<p>1. 今までに次のような目の異常に気がつきましたか？ 【1. Pernahkah Anda memperhatikan salah satu kelainan berikut pada mata anak Anda?】</p>	
<p>① ① 内側に寄ることがありますか？ 【Apakah mata anak Anda cenderung bergerak ke sisi dalam, menjadi tidak sejajar?】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【Ya/Tidak】</p>
<p>② ② 外側または上にずれることがありますか？ 【Apakah mata anak Anda menjadi tidak sejajar dengan bergerak ke luar atau ke atas?】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【Ya/Tidak】</p>
<p>③ ③ 白っぽく見えることがありますか？ 【Apakah mata anak Anda terlihat putih?】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【Ya/Tidak】</p>
<p>④ ④ じっと見ている時黒目が揺れていますか？ 【Saat anak Anda menatap sesuatu, apakah matanya bergetar (bergerak maju mundur)?】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【Ya/Tidak】</p>
<p>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. Saat anak Anda menonton TV atau menatap sesuatu, apakah Anda memperhatikan hal berikut?】</p>	
<p>① ① 首を曲げて見ることがありますか？ 【Apakah anak Anda melihat sesuatu dengan memiringkan kepala?】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【Ya/Tidak】</p>
<p>② ② 横目で見ることがありますか？ 【Apakah anak Anda melihat sesuatu dengan pandangan ke samping?】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【Ya/Tidak】</p>
<p>③ ③ 目を細めることがありますか？ 【Apakah anak Anda menyipitkan matanya saat melihat sesuatu?】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【Ya/Tidak】</p>
<p>④ ④ いつもまぶしがりますか？ 【Apakah anak Anda sangat sensitif terhadap cahaya terang?】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【Ya/Tidak】</p>
<p>⑤ 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？ 【Apakah anak Anda menutup satu mata saat pergi ke tempat yang terang?】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【Ya/Tidak】</p>
<p>⑥ ⑥ 上目使いに見ることがありますか？ 【Apakah anak Anda melihat ke atas untuk sesuatu (menurunkan dagu lalu melihat ke atas)?】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【Ya/Tidak】</p>
<p>⑦ ⑦ あごを上げて見ることがありますか？ 【Apakah anak Anda melihat sesuatu dengan dagu terangkat?】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【Ya/Tidak】</p>
<p>⑧ ⑧ テレビは離れると見にくそうですか？</p>	<p>ア. はい イ. いいえ</p>

【Apakah anak Anda tampak kesulitan menonton TV dari jauh?】	【Ya/Tidak】
3. 現在、眼科に通っていますか？ 【3. Apakah anak Anda sedang menemui dokter mata?】	ア. はい イ. いいえ 【Ya/Tidak】
「はい」の方→（診断名： _____ ） 【Jika menjawab ‘Ya’, apakah diagnosisnya? (_____)】	
4. 祖父母、親、兄弟姉妹に弱視・斜視の方がいますか？ 【4. Apakah kakek, nenek, orang tua atau saudara kandung memiliki penglihatan lemah atau mata juling?】	ア. はい イ. いいえ 【Ya/Tidak】
(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) 【(Tidak dianggap penglihatan lemah apabila dapat diatasi dengan kacamata atau lensa kontak.)】	
「はい」の方は具体的に記入下さい。例（兄、斜視）（母、子供のころ弱視だった） 【Jika menjawab ‘Ya’, mohon tuliskan perinciannya. Contoh: (kakak laki-laki, mata juling) (ibu, memiliki penglihatan lemah sewaktu kecil)】	
(_____)	

5. 視力検査について 【5. Mengenai tes penglihatan】

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. Apakah anak Anda memahami cara melakukan tes dan mampu melakukan tes pada setiap mata dengan benar?】
【Ya/Tidak】

②視力検査結果（正答は○、誤答は×）

【2. Hasil tes penglihatan (○ untuk jawaban benar, X untuk jawaban salah.)】

みぎめ 右目 【Mata kanan】	うえ 上 【Atas】	した 下 【Bawah】	ひだり 左 【Kiri】	みぎ 右 【Kanan】

ひだりめ 左目 【Mata kiri】	うえ 上 【Atas】	した 下 【Bawah】	ひだり 左 【Kiri】	みぎ 右 【Kanan】

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. Apabila Anda memiliki kekhawatiran mengenai mata atau penglihatan anak Anda, silakan ditulis di bawah ini.】

(_____)

ちょうりよく

聴力について【Mengenai Pendengaran Anak】

1. 聞こえの検査

【1. Tes Pendengaran】

① ささやき声の検査結果

(正答は○、誤答は×)

【① Hasil tes pendengaran melalui

bisikan (○ untuk jawaban benar, X untuk jawaban salah.)】

いぬ 【Anjing】	くつ 【Sepatu】	かさ 【Payung】	ぞう 【Gajah】	ねこ 【Kucing】	いす 【Kursi】

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 Hasil tes pendengaran melalui gosokan jari

(○ jika anak Anda dapat mendengar, X jika tidak.)】

右耳 【Telinga kanan】	左耳 【Telinga kiri】

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 Apakah anak Anda memahami cara melakukan tes?】

【Ya/Tidak】

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. Apakah anak Anda pernah mengalami otitis media?】

【Ya (kali)/Tidak】

現在、耳鼻科に通っていますか。

【 Apakah anak Anda sedang menemui dokter THT? (dokter telinga/hidung)?】

ア. はい イ. いいえ

【Ya/Tidak】

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. Apakah keluarga atau kerabat dekat anak memiliki pendengaran buruk sejak mereka kecil?】

【Ya/Tidak】

(中耳炎、高熱が原因の場合、高齢による聴力低下は除く)

【(Ini tidak termasuk pendengaran melemah yang disebabkan oleh otitis media, demam tinggi, atau usia tua.)】

「はい」の方は具体的にご記入下さい。

【Jika menjawab ‘Ya’, mohon tuliskan perinciannya.】

だれが
【Siapa】

びょうめい
病名
【Nama penyakit】

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. Apakah anak Anda biasanya memiliki hidung tersumbat atau berair, bernapas melalui mulut, berbicara dengan suara serak atau mendengkur?】

【Ya/Tidak】

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

【Ya/Tidak】

<p>【5. Apakah anak Anda melakukan hal-hal yang membuat Anda berpikir bahwa dia tidak dapat mendengar dengan baik, seperti tidak tanggap saat dipanggil, meminta agar perkataan diulangi dan menaikkan volume TV?】</p>	
<p>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. Pernahkah orang yang berinteraksi dengan anak Anda mengatakan bahwa dia tidak dapat mendengar dengan baik?】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【Ya/Tidak】</p>
<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。 【7. Apakah Anda memiliki kekhawatiran mengenai keterlambatan dalam berbicara atau pengucapan?】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【Ya/Tidak】</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) 【8. Dapatkah anak Anda menggunakan 3 kata utama dalam sebuah kalimat? (E.g., ○○ melakukan □□ kepada △△, Saya bermain dengan ○○.)】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【Ya/Tidak】</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。 【9. Apakah anak Anda melihat mulut atau ekspresi wajah Anda untuk mengetahui apa yang dikatakan? Apakah sulit untuk berkomunikasi tanpa gestur?】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【Ya/Tidak】</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。

【10. Apabila Anda memiliki kekhawatiran mengenai telinga atau pendengaran anak Anda, silakan ditulis di bawah ini.】

()