

WAVES(「見る力の検査」申込み用紙

ふりがな
利用者様氏名 _____

学校(園)名 _____ 学年 _____

生年月日 _____

教室名 堀江教室 / 大正教室 / 福島教室 / ふくしま鷺洲教室
あべの帝塚山教室 / すみよし帝塚山教室
(○ で囲んでください)

〒
住所 _____

保護者様氏名 _____ (続柄: _____) 印

☆下記質問にお答えください☆

視力	右眼	(_____)	左眼	(_____)
視力矯正	眼鏡	(あり / なし)		
	コンタクト	(あり / なし)		
	その他	(_____)		

< 現在眼科に通っている方はお答え下さい >

・あてはまる項目があれば○をつけて下さい。

遠視 / 近視 / 乱視 / 斜視 / その他(_____)

< WAVESについて >

・受けたことがある ⇒ いつごろ? _____
どこで? _____

・知っていた
・初めて知った

< その他の発達検査に関して >

・受けたことが (ある / ない)
あると答えた方は ⇒ いつごろ? _____
検査名 _____

☆ その他、質問などあれば下記スペースにご記入下さい ☆

※ 検査日程の連絡をいたしますので、必ず連絡の取れるお電話番号と時間帯をご記入ください。

電話番号 _____ 時間帯 _____