

# 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 \_\_\_\_\_