



కంటి పరీక్ష

చిన్నారి పేరు: _____ పుట్టిన తేదీ: _____ పరీక్షా తేదీ: _____

తల్లి/తండ్రి పేరు: _____

ఫారమ్ నింపుతున్న వ్యక్తి పేరు: _____

తల్లితండ్రులు లేదా సంరక్షకుడు కాకపోతే, చిన్నారితో బంధం: _____

దయచేసి, ఈ ప్రశ్నలకు సమాధానాలు ఇవ్వండి. అవసరమైతే, వివరణలు ఇవ్వండి.

మీ చిన్నారిని ఎప్పుడైనా కంటి వైద్యులకు చూపించారా? అవును కాదు

ఎవరికి: _____ ఎప్పుడు: _____

నివేదించిన ఫలితాలు: _____

మీ చిన్నారి:

1. ఒక కన్ను లేదా రెండు కళ్ళు పక్కకు తిరుగుతున్నాయా? అవును కాదు _____
 లోపలకు తిరుగుతుంది బయటకు తిరుగుతుంది వేరేదే సమయాల్లో లోపలకు బయటకు తిరుగుతుంది
2. అతను/ఆమె పదేపదే కళ్ళు పొడుచుకోవడం, నులమడం లేదా మూసుకోవడం లాంటివి చేస్తున్నారా? అవును కాదు _____
3. మీ చిన్నారికి మామూలు కన్నా ఎక్కువగా కళ్ళలో నుండి నీళ్లు కారుతూ ఉంటాయా? అవును కాదు _____
4. కళ్ళ కొద్దిగా “కొట్టుకోవడం” లేదా కంపించడం లాంటివి అవుతున్నాయా? అవును కాదు _____
5. కొద్దిగా కళ్ళలోకి చూస్తుంది లేదా అస్సలు కళ్ళలోకి చూడదు? అవును కాదు _____
6. అతను/ఆమె తలను ఒక వైపు వంచుతున్నారా లేదా వేరే అసాధారణ కోణంలో ఉంచుతున్నారా? అవును కాదు _____
7. బొమ్మలు లేదా పుస్తకాలను చాలా దగ్గరగా వెళ్లి చూస్తున్నారా? అవును కాదు _____
8. సర్కిల్ టైమ్లో మరియు/లేదా కథ వినే సమయంలో నిలకడగా కూర్చోలేకపోతున్నారా లేదా ఆసక్తి చూపించడం లేదా? అవును కాదు _____
9. అతను/ఆమె ముఖానికి 24 అంగుళాల (61 సెంటీమీటర్ల) లోపల ఉన్న వస్తువులను లేదా ముఖాన్ని చూడడానికి ఇష్టపడడంలేదా? అవును కాదు

నేరుగా ముందుకు చూసే సమయంలో, ఒక కోణంలో ఉన్న వస్తువులను లేదా వ్యక్తులను మీ చిన్నారి చూడలేకపోతుందా?

చిన్నారి కుడివైపు చూడలేకపోతుందా? అవును కాదు _____

చిన్నారి ఎడమవైపు చూడలేకపోతుందా? అవును కాదు _____

చిన్నారి క్రింది వైపు చూడలేకపోతుందా? అవును కాదు _____

చిన్నారి పైకి చూడలేకపోతుందా? అవును కాదు _____

కంటి పరీక్ష పేజీ 2

చిన్నారి పేరు _____

మీ చిన్నారి వస్తువులను గుడ్డుకుంటోందా? అవును కాదు _____

ఒకవైపు కంటి మరోవైపు ఆ సమస్య ఎక్కువగా ఉందా?

ఎడమవైపు అవును కాదు _____

కుడివైపు అవును కాదు _____

మీ చిన్నారి చాలాసార్లు క్రింద పడిపోతోందా? అవును కాదు

మీ చిన్నారి వస్తువులను నేరుగా కాకుండా, పక్క నుండి చూస్తున్నట్లుగా అనిపిస్తోందా?

అవును కాదు _____

సమతుల్యత మరియు కదలిక విషయంలో మీ చిన్నారి ఇబ్బందిపడుతోందా?

అవును కాదు _____

మీ చిన్నారి వస్తువులను (అంటి, గ్లాసు లాంటివి) చేతిలోకి తీసుకుంటున్నప్పుడు అవి పడిపోతున్నాయా లేదా అవి చేతిలో నుండి పడిపోతున్నాయా?

అవును కాదు _____

మీ చిన్నారి అందుకోవాల్సిన వస్తువును దాటి వెళ్లిపోతుందా లేదా దాని దగ్గర వరకు వెళ్లడం లేదా?

అవును కాదు _____

మీ చిన్నారికి ఎదురుగా ఉన్న ప్రదేశంలో మీరు ఒక వస్తువును కదిలించినప్పుడు, అతను/ఆమె పక్క నుండి ఆ వస్తువు పూర్తి కదలికను చూడడానికి ప్రయత్నిస్తున్నారా?

అవును కాదు _____

మీ చిన్నారికి కంటి సమస్య ఉండేమో అని మీకు ఎప్పుడైనా అనిపించిందా? అవును కాదు

మీ చిన్నారి తల్లి/తండ్రికి లేదా నోదరుడు/నోదరికి కంటి సమస్య ఉందా? అవును కాదు

దయచేసి, అదనపు వ్యాఖ్యలు చేయండి:

పరీక్ష చేసిన వ్యక్తి ముద్రిత పేరు _____

పరీక్ష చేసిన వ్యక్తి సంతకం _____

ఏమైనా అంశాలకు “అవును” అని సమాధానం ఇస్తే, తల్లిదండ్రుల అనుమతితో ఆ ఫలితాలను ఒక కవర్ లెటర్‌తో సహా, ఆ చిన్నారి ప్రాథమిక ఆరోగ్య సంరక్షణ ప్రదాతకి పంపించాలి.