3　5　4　5　1　2

7　2　6　5　9　6

1　8　3　8　6　3

8　9　7　2　8　4

7　2　9　4　1　6

9　4　7　3　5　1

名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

検査日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

タイム：
間違い数（自己修正：　　、修正なし：　　）
はみ出し数：

眼鏡矯正	あり ・ なし
コンタクトレンズ矯正	あり ・ なし