目について

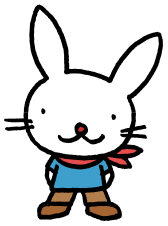


※当てはまる(　　)に〇をつけましょう。

視力検査	検査日 裸眼　両目(　　) 右(　　) 左(　　) 矯正　両目(　　) 右(　　) 左(　　) その他 ( )
	検査日 裸眼　両目(　　) 右(　　) 左(　　) 矯正　両目(　　) 右(　　) 左(　　) その他 ( )
矯　正	(　)眼鏡　(　)コンタクトレンズ
その他	

記入年月日　　年　　月　　日　　なまえ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

耳について



※当てはまる(　　)に〇をつけましょう。

	検査日 右(　　Hz　　db)　左(　　Hz　　db) 補聴器使用時 右(　　Hz　　db)　左(　　Hz　　db) その他 ( )
	検査日 右(　　Hz　　db)　左(　　Hz　　db) 補聴器使用時 右(　　Hz　　db)　左(　　Hz　　db) その他 ( )
補聴器	種類(　　) メンテナンス先(　　) 取扱い留意事項 ( )
コミュニケーション手段	(　)口の動きを見せる　(　)手話　(　)指文字 (　)大きな声なら伝わる　(　)筆談 その他 ( )

記入年月日　　年　　月　　日　　なまえ＿＿＿＿＿＿＿＿