

目について

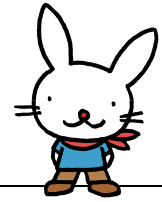


※当てはまる()に○をつけましょう。

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○をつけましょう。

聴力検査	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