

目について

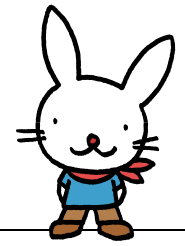


※当てはまる ( ) に○をつけましょう

視力検査	検査日 H20. 6. 10 裸眼 両目( 0. 2 ) 右( 0. 1 ) 左( 0. 1 ) 矯正 両目( 1. 2 ) 右( 1. 0 ) 左( 1. 0 ) 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