

### 健康申告シート

#### Health Claim Sheet

- 1 全盲ですか? はい・いいえ      2 弱視ですか      はい・いいえ  
Are you totally blind? Yes/No      Do you have low vision? Yes/No

3 視覚障がい者になるまでの経緯  
When and how did you lose your eye sight?

(1) 初診      年      月      日      病院名:  
First eye medical Examination      Year      month      date      Name of hospital :

(2) 初診の所見  
Diagnosis on your eye condition

(3) 障害の原因  
Cause of the visual impairment

(4) 現在の状況(視力・視野)  
Current conditions of your eyes (eye sight & eye field)  
右目 (Right eye)

左目 (Left eye)

4 通院歴  
History of Medical Examination

年 Year	月 Month	病院名 Name of Hospital	治療と結果 Medical Treatment & its result

5 薬の利用      はい・いいえ      6 どのような薬ですか?  
Medicine you are taking now      Yes/No      Name of the medicine

7 既往症  
Previous Illness

8 アレルギーがあればお書き下さい(食べ物のアレルギーを含む)  
Allergy (Including food, metal, and others)

9 肝炎検査を受けましたか?      はい・いいえ  
Did you get blood test on Hepatitis A, B & C recently?      Yes/No

10 予防接種  
Immunization  
 A型肝炎     B型肝炎     C型肝炎     麻疹(はしか)     破傷風(はしょうふう)  
Hepatitis A    Hepatitis B    Hepatitis C    MMR or Measles    Tetanus  
 他  
Other(if any)

11 予防接種を受けた年月日      年      月      日      場所:  
When did you get these immunization?      Year      Month      Date      Place: