

眼科検診問診票の記入の仕方

How to Fill Out the Eye Checkup Form

レーザー業務健康診断 個人票
Medical Examination Record for Laser Users

診察日 Examination Date		年 Year	月 Month	日 Date
フリガナ/ Name in Katakana	所属 Unit/Section			
氏名/Name	雇入れ年月日 Date of Employment		年 Year	月 Month
生年月日 Date of Birth			日 Date	

業務内容 Work Description			
レーザーのクラス Class of Laser	<input type="checkbox"/> Class 3R	<input type="checkbox"/> Class 3B	<input type="checkbox"/> Class 4
取扱い頻度 Handling Frequency	1日 分 () minutes per day	一か月 日 () days per month	
自覚症状 Subjective Symptoms	<input type="checkbox"/> なし None	<input type="checkbox"/> あり Yes	→ 症状: Symptoms:

視力/Eyesight	左/Left: 矯正視力 () Corrected Eyesight	右/Right: 矯正視力 () Corrected Eyesight
前眼部 Anterior Eye	角膜/Cornea <input type="checkbox"/> 所見なし/no clinical finding <input type="checkbox"/> 所見あり/clinical finding exists 内容/Descriptions:	水晶体/Crystalline Lens <input type="checkbox"/> 所見なし/no clinical finding <input type="checkbox"/> 所見あり/clinical finding exists 内容/Descriptions:
眼底 The fundus of the eye	<input type="checkbox"/> 所見なし/no clinical finding <input type="checkbox"/> 所見あり/clinical finding exists 内容/Descriptions: <small>*クラス4使用者のみ (Class 4 User only)</small>	
判定 Assessment	<input type="checkbox"/> 通常勤務可/Possible to work normally <input type="checkbox"/> 要措置/Certain measures required 措置の内容/Descriptors of measures: ()	
	判定した医師名 Name of physician assessed	印 Seal

※太枠内をご記入ください。

※Fill out sections with thick lines on the form.

機械で視力を測定し、プリントアウトされた結果と記入済み問診票を提出してください。

視力測定の際は、眼鏡は外さなくて結構です。

After completing the form , please test your visual acuity and submit the result together with the form.

No need to take off your glasses for the visual acuity.

