

# 眼科医の診断書

|                                       |                      |  |       |                         |                            |  |
|---------------------------------------|----------------------|--|-------|-------------------------|----------------------------|--|
| 氏 名                                   |                      |  |       | 性 別                     | 男 ・ 女                      |  |
| 住 所                                   |                      |  |       |                         |                            |  |
| 生年月日                                  | 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 生 |  |       | 年 齢                     | 歳                          |  |
| 診 断 名                                 |                      |  |       |                         |                            |  |
| 視覚障害<br>原 因                           |                      |  |       | 視覚障害<br>発 生 年 月 日 ・ 年 齢 | 昭和<br>平成 年 月 日<br>令和 ( ) 歳 |  |
| 視 力                                   | 左 眼                  |  | 右 眼   |                         | 両 眼                        |  |
|                                       | ( × )                |  | ( × ) |                         | ( × )                      |  |
| 眼 所 見                                 | 外眼部（左）               |  |       | 外眼部（右）                  |                            |  |
|                                       | 透光体（左）               |  |       | 透光体（右）                  |                            |  |
|                                       | 眼 底（左）               |  |       | 眼 底（右）                  |                            |  |
| 視 野                                   | （左）                  |  |       | （右）                     |                            |  |
| 色 覚                                   |                      |  |       |                         |                            |  |
| 学 習 に<br>関 す る<br>注 意 事 項             |                      |  |       |                         |                            |  |
| 備 考                                   |                      |  |       |                         |                            |  |
| 上記のとおり診断します。 令和 年 月 日<br>住 所<br>氏 名 印 |                      |  |       |                         |                            |  |

※視野について、必要な場合はコピーを添付してください。

※学習に関する注意事項には、特にあんま・スポーツ等の実技の学習について記載してください。

奈良県立盲学校入学者選考用