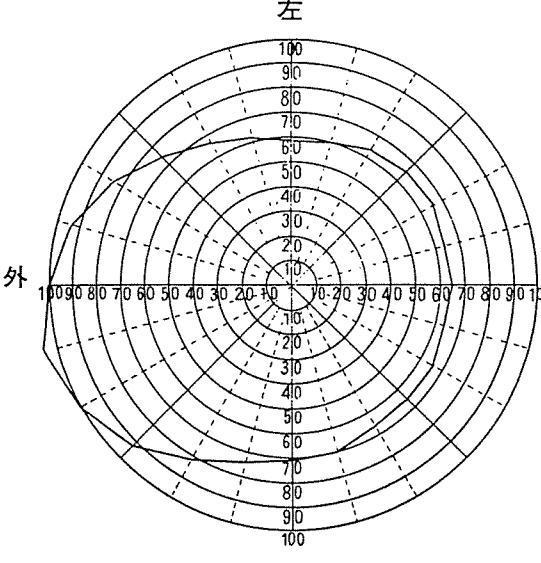
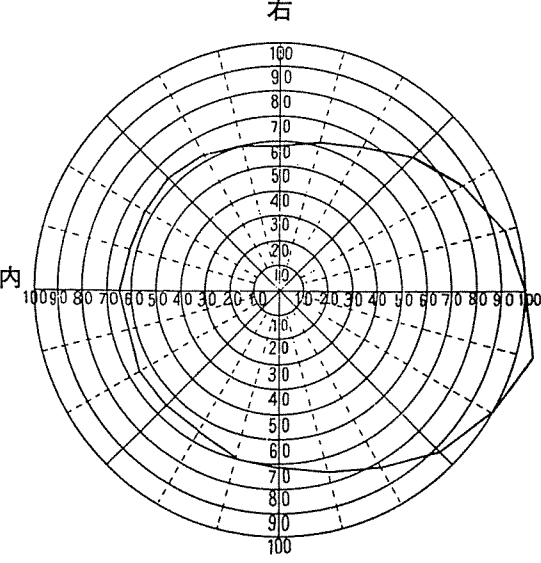


令和8年度 眼科診断書

*眼科診断は、眼科専門医又は身体障害者福祉法第15条の指定医で受診してください。

氏 名			男・女	昭和 平成	年	月	日生
住 所							
診 断 名							
原疾患名							
視覚障害の状況及び所見							
視 力	右		()	左		()	
視 野	左  右  ※自動視野計にて計測した場合は、結果を本診断書に添付して下さい。						
参考となる 経過と現症							
視覚に関して特別支援 学校入学を必要とする 理由等							

上記の通り診断いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

所 在 地

医 師 氏 名

印