

令和9年度 幼稚部・小学部 眼科診断書

氏 名	生年月日・平成 年 月 日生 令和		
住 所			
眼科診断名	右	左	
視 力	裸眼 右 _____ 左 _____ 矯正 (.) (.)		
原 疾 患 名			
その他，視覚に関する 特別支援学校（盲学 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