

令和9年度 眼科診断書

氏 名			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						

＊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。

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