診　断　書

ふりがな 氏　名 生年月日	年　月　日生	住 所	〒（　　－　　） TEL（　　）　　－
障害・ 疾病名			

現症	視力	遠距離	右眼（　　×　　D Cyl　　D Ax　　°）
			左眼（　　×　　D Cyl　　D Ax　　°）
		本人の眼鏡	右眼（　　×　　D Cyl　　D Ax　　°）
			左眼（　　×　　D Cyl　　D Ax　　°）
		近距離	右眼（　　×　　D Cyl　　D Ax　　°）
			左眼（　　×　　D Cyl　　D Ax　　°）
		本人の眼鏡	右眼（　　×　　D Cyl　　D Ax　　°）
			左眼（　　×　　D Cyl　　D Ax　　°）
	視野	右眼 左眼 ※可能であれば、検査結果の写しを添えてください。	
	前眼部		
	中間透光体	白内障手術の既往　　無・有（眼内レンズの挿入　　無・有（右眼・左眼））	
	眼　底		
	その他（眼圧、色覚、両眼視、眼球運動、暗順応等）		

現在行っている治療
視覚障害教育の必要性等の所見
学校生活での注意事項
身体障害者手帳　　無　・　有（　　級） 障害名　（　　）
上記のとおり診断します。 令和　　年　　月　　日 住　　所 医療機関名 医　師　名　　㊞

※　この指定用紙にて作成願います。

秋田県立視覚支援学校