

診 断 書 (視 覚 障 害 関 係)

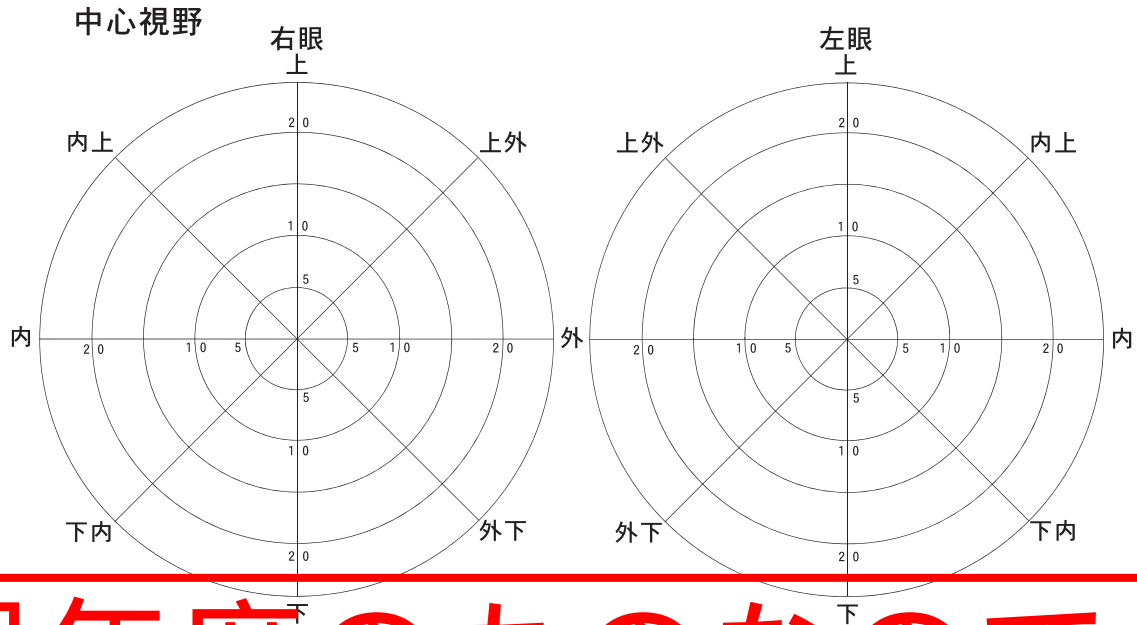
氏 名		昭 和 平 成	年 月 日 生	性 別 男 ・ 女
住 所				
診 断 名				
視 力	右 _____ (_____ x _____ D Cyl _____ D Ax _____) 左 _____ (_____ x _____ D Cyl _____ D Ax _____)			
現 症 の 記 入 について	○ 視野障害により試験時間延長（1.3倍）を希望する場合は、裏面に現症を記入してください。 （矯正視力が0.15以下の場合は、視野の現症を記入する必要はありません。） ○ 視力・視野以外の視機能障害（眼球震盪、近距離視力等）、その他参考となる経過・現症も記入してください。（記入しされない場合は、裏面に記入してください。） この診断書は、大学入試センター試験において、志願者の希望する受験上の配慮の可否を決定するための資料となりますので、できるだけ具体的に記入してください。 志願者の希望する受験上の配慮が必要な理由を、必ず記入してください。			
現 症				
上記のとおり診断する。 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師の氏名 _____ 印 _____ (診療科名 _____) 医師の勤務先 _____ 所在地・電話番号 _____				

過年度のものは、
 当該年度は使用しないでください

（キリトリ線）

○ 視野障害により試験時間延長(1.3倍)を希望する者の現症

※ 障害者手帳交付のための認定基準(視野障害)に準じた基準で測定してください。



過年度のものなので、
当該年度は使用しないでください

	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計①	視能率②	損失率③
右	度	度	度	度	度	度	度	度	度	(①÷560×100) %	(100-③) %
左	度	度	度	度	度	度	度	度	度	(④÷560×100) %	(100-⑤) %

(③と⑥のうち大きい方) + (③と⑥のうち小さい方) × 3

4

両眼の損失率
%

(現症記入欄)

(キリトシ線)