

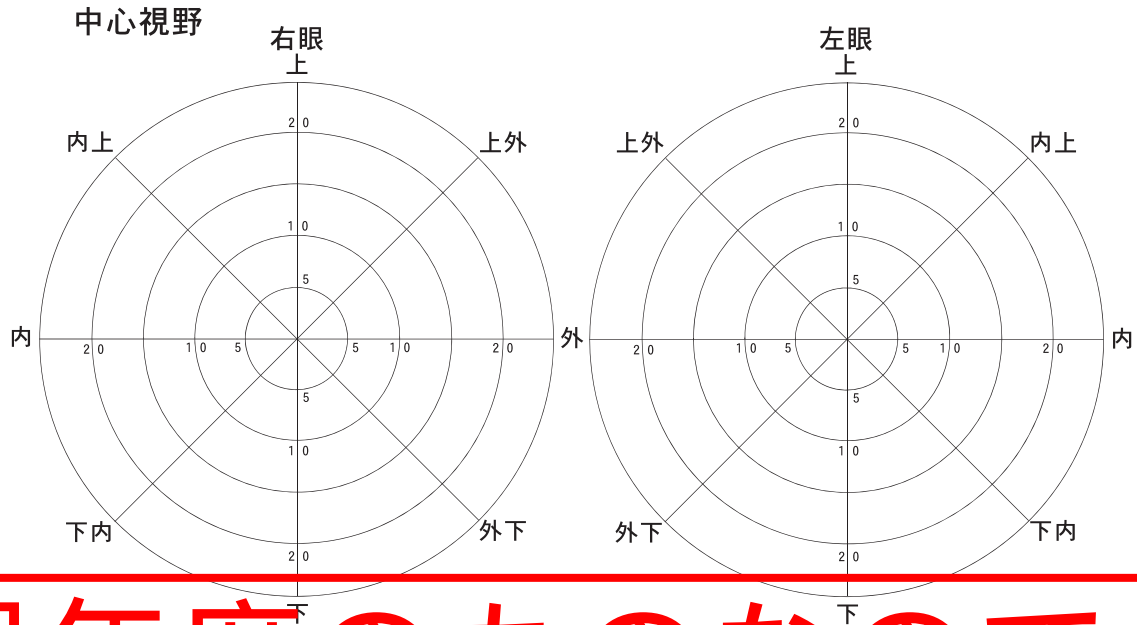
診 断 書 (視 覚 障 害 関 係)

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。)			
現 症	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; color: red; font-size: 2em; font-weight: bold;"> 過年度のものは、 当該年度は使用しないで ください </div>			
症				
上記のとおり診断する。 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師の氏名 _____ (診療科名 _____) 印 医師の勤務先 _____ 所在地・電話番号 _____				

(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)