

# 診 断 書 ( 視 覚 障 害 関 係 )

この診断書は、大学入学共通テストにおいて志願者の希望する受験上の配慮事項を審査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。

氏 名		昭 和 平 成	年	月	日 生
住 所					
診断名					
記入について	<p>○ 「視力」、「現症」の各欄を必ず記入してください。 また、現症欄には、視力・視野以外の視機能障害やその他参考となる経過・現症も記入してください。 (記入しきれない場合は、裏面に記入してください。)</p> <p>○ 試験時間延長を必要とし、視野障害がある場合は、裏面の「視野の現症」を記入の上、必ず視野コピーを添付してください。</p> <p>○ 病気や障害等のため、「感染症に罹患すると重症化の可能性がある」や「免疫力が低下している」等により、別室又は個室での受験が必要な場合は、その具体的な理由を現症欄に記入してください。</p>				
視 力	<p>右： _____ ( _____ x _____ D Cyl _____ D Ax _____ )</p> <p>左： _____ ( _____ x _____ D Cyl _____ D Ax _____ )</p> <p>両眼： _____ (矯正： _____ )</p>				
<p>志願者の希望する全ての受験上の配慮事項について、それぞれ必要とする具体的な理由を、前眼部・中間透光体・眼底等の所見などを含めて必ず記入してください。</p>					
<p><b>過年度のものなので、 使用しないでください</b></p>					
現 症					
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>医師の氏名 _____ 印 (診療科名 _____ )</p> <p>医師の勤務先 _____</p> <p>所在地・電話番号 _____</p>					

(キリトリ線)

- 試験時間延長を必要とし、視野障害がある場合に記入してください。
- 視野コピーを必ず添付してください。
- ゴールドマン型視野計を用いた視野図を添付する場合には、どのイソプタが I/4 の視標によるものか、I/2 の視標によるものかを明確に区別できるように記載してください。
- 障害者手帳交付のための認定基準(平成 30 年 7 月 1 日施行)に準じて測定してください。

ゴールドマン型視野計

(1) 周辺視野の評価 (I/4)

① 両眼の視野が中心 10 度以内

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右										度(≤80)
左										度(≤80)

② 両眼による視野が 2 分の 1 以上欠損 ( はい ・ いいえ )

(2) 中心視野の評価 (I/2)

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右									①	度
左									②	度

(①と②のうち大きい方)

(①と②のうち小さい方)

両眼中心視野角度(I/2) (  × 3 +  ) / 4 =  度

又は

目動視野計

(1) 周辺視野の評価

両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数  点

(2) 中心視野の評価 (10-2 プログラム)

右 ③ 点(≥26dB)

左 ④ 点(≥26dB)

(③と④のうち大きい方)

(③と④のうち小さい方)

両眼中心視野視認点数 (  × 3 +  ) / 4 =  点

(現症記入欄)

過年度のものをなので、使用しないでください

(キリッとした線)