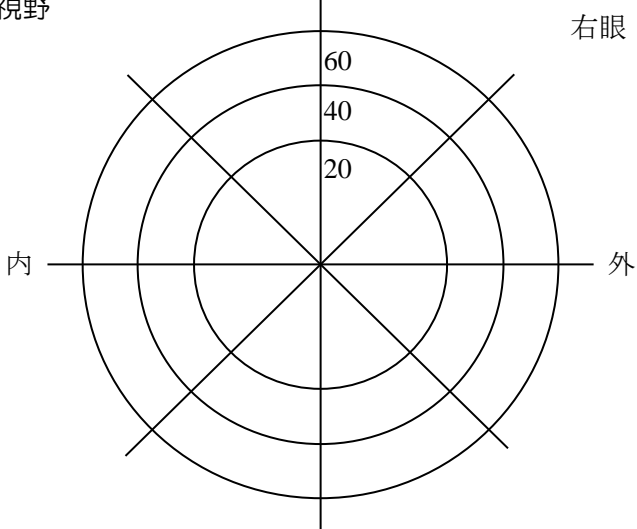
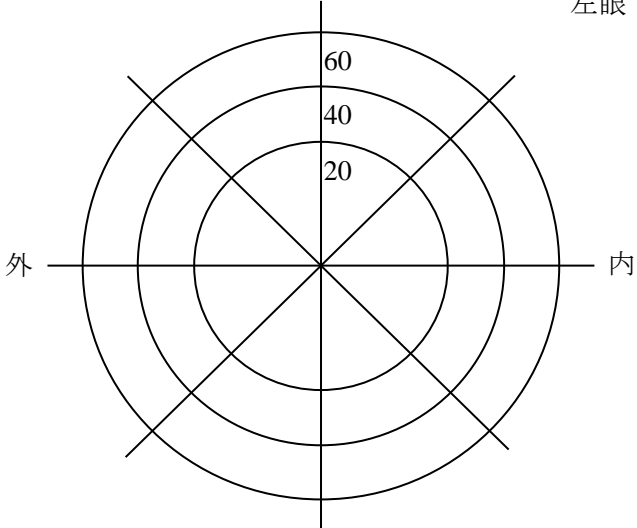


# 視覚障害診断書

志願者名		性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日生
------	--	----	-----	------	----------	---	---	----

住所

現 症		右眼	左眼	視野
	診 断 名			右眼 
	視 力	裸 眼		左眼 
		矯 正		
	近距離視力 <small>(測定可能者のみ)</small>			
	矯正眼鏡 <small>(使用者のみ)</small>	D ( ) cyl. D °	D ( ) cyl. D °	
	色 覚			
	夜 盲	有 ・ 無	有 ・ 無	
	羞 明	有 ・ 無	有 ・ 無	
	前 眼 部			
中間透光体			運動量の制限 有・無	
眼 底			制限の程度	

上記のとおり診断します

平成 年 月 日

所在地

病院の名称

医師名



\*本校校医又は眼科を設置する公的医療機関及び大学病院で発行されたものに限る。

\*測定不能などの場合はその旨記入し、すべての項目について記入する。