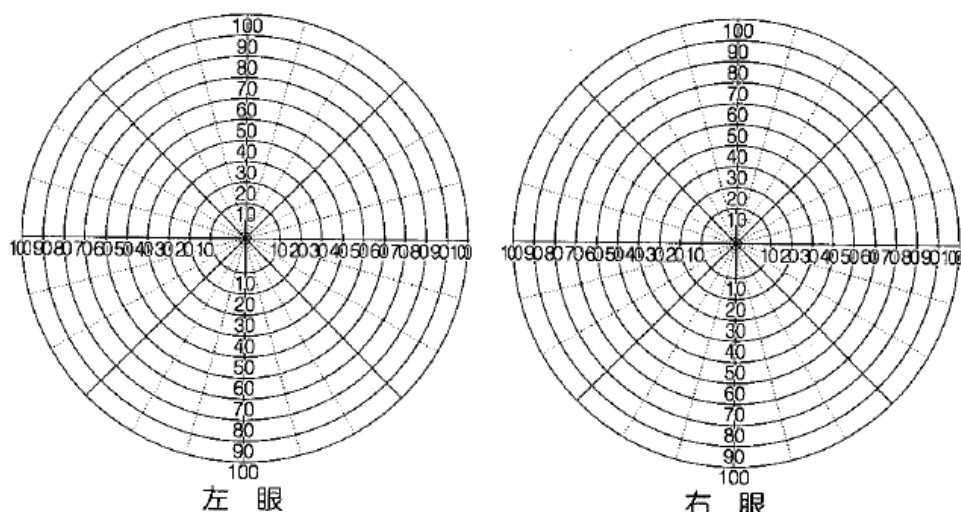


視覚障害に関する診断書

フリガナ 氏 名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
現 住 所	

- 1 現在の視力 右眼（裸眼 矯正 ）
両眼矯正（ ）
左眼（裸眼 矯正 ）
- 2 視 野 （ 正 常 ・ 異 常 ）



※視野図は自動視野計による別紙での提出でもかまいません。
ただし、ゴールドマン視野計による再提出を求める場合があります。

- 3 光 覚 （ 夜 盲 ： 有 ・ 無 ）
- 4 視力障害原因病名
右 眼
左 眼
- 5 その他の特記事項

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

住所（所在地）
医 療 機 関 名
医 師 の 氏 名

印