

眼科診断書

福岡県立福岡高等視覚特別支援学校

ふりがな 氏名	昭和 平成 年 月 日生 (歳) 男・女			
住所				
眼疾名				
原因となった 疾病・外傷名	交通事故・その他の事故 () 疾 病・先天性・その他 ()			
疾 病・外 傷 発 生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 場所			
参考となる経過・現症				
その他参考となる合併症状				
重複障害 : 有 () ・ 無 色覚異常 : 有 () ・ 無 夜 盲 : 有 () ・ 無				
視 力	右 _____ (_____ xS _____ D (_____ Cyl _____ D Ax _____)°)	所 見		
	左 _____ (_____ xS _____ D (_____ Cyl _____ D Ax _____)°)			
	両眼開放視力 _____ (_____)	前 眼 部	右 左	
	近距離視力(両眼開放視力) _____ 最大視認力(本人の見やすい状態・距離で行う) 30cm _____ (_____) ; _____ cm _____ (_____)			
視 野	学校生活・学習面での配慮のために参考にさせていただきます。 視野計 <input type="checkbox"/> ゴールドマン型視野計 <input type="checkbox"/> 自動視野計 ※いずれかを「✓」いただきまして、視野コピーを添付してください。		中 間 透 光 体	右 左
	(注1) ゴールドマン型視野計を用いた視野図を添付する場合は、どのイソプタ(例: V/4・I/4 など)の視標によるものかを区別できるように記載してください。		眼 底	右 左
	(注2) 自動視野計を用いた視野図を添付する場合は、エスターマン及び10-2プログラムの両方の 検査結果を貼付してください。		眼 圧	「✓」をお願いします <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 経過観察を要す <input type="checkbox"/> 不明
	(注3) 視野検査が測定できない場合は、測定できずと記載してください。			
弱視レンズの効果見込み				
有 () ・ 無				
その他参考となる事項				
上記のとおり診断します。				
令和 年 月 日				
医療機関名				
所在地				
医 師 印				

