

令和7年度 大阪府立大阪北視覚支援学校 入学志願者
眼 科 診 断 書

受 験 番 号	※
---------	---

ふりがな 名 前		男 ・ 女	生年 月 日	昭和 平成	年	月	日生 (満 歳)	
住 所	〒							
眼疾名	右							
	左							
眼 原 因								
視 力	裸 眼	右		矯 正	右			
		左			左			
症 状	夜 盲	有 ・ 無		眼球運動の異常	有 ・ 無			
	羞 明	有 ・ 無		その他の視機能検査を実施した場合の結果 (色覚異常・眼球運動の異常の所見も記入)				
	視野異常	有 ・ 無						
	色覚異常	有・無・測定不能・測定困難						
	眼 圧	右						
		左						
	視力低下の可能性	有 ・ 無 ・ 不明						
学習指導上、注意を要することがあれば記入する。								
上記のとおり診断いたします。				令和	年	月	日	
				所 在 地				
				医療機関名				
				眼科医師名	印			

記入上の注意 ※には記入しないこと。