

令和8年度 大阪府立大阪北視覚支援学校 入学志願者  
目艮 種 診 断 書

受験番号	※
------	---

ふりがな 名 前				男 ・ 女	生年 月 日	昭和 年 月 日 平成 (満 歳)		
住 所	〒							
眼疾名	右							
	左							
眼 原 疾 因								
視 力	裸	右			矯 正	右		
	眼	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	右						
	圧	左						
視力低下の可能性			有 ・ 無 ・ 不明					
学習指導上、注意を要する記入する。								
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。