

令和8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。