

受験資格判定用

眼 科 診 断 書

大阪府立大阪南視覚支援学校 高等部(本科)

※眼科診断は、本校眼科校医(アイアイ眼科)又は国公立もしくは大学病院で受けてください。
※太線内はご自分で記入ください。

フリガナ		性別	生 年 月 日
名 前		男・女	昭和 平成 年 月 日生 (満 才)
現住所	〒 TEL		

眼疾名	右 左	原因	右 左
視 力	裸眼 右 左	矯正 右 左	両眼 矯正
最大視認力 (矯 正)	○いくら近づけてもよいので最大視力をおかきください Max () 距離: 眼前 cm		
色 覚	(正常 ・ 異常 ・ 検査困難)		
光 覚	夜盲: (有 ・ 無)		
視 野	(正常 ・ 異常)		
備 考			

上記のとおり診断します。 令和 年 月 日

医療機関名

所在地

眼科医師名 印