

様式10

診断・意見書(視覚障害関係)

氏名	明治	年	月	日生	男・女			
	大正							
住所								
診断名								
現症	視力							
	右	(	x	D	Cyl	D	Ax	)
	左	(	x	D	Cyl	D	Ax	)
	視力以外の視機能障害(視野狭窄、眼球震盪、近距離視力等)、その他参考となる経過・現症							
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称</p> <p>所在地</p> <p>診療担当科名 科 医師氏名 印</p>								

お願い：この「診断・意見書」、大学入学資格検定において志願者の希望する特別措置の可否を決定するための資料となりますので、できるだけ具体的に御記入ください。

文部科学省生涯学習政策局生涯学習推進課