

該当者のみコピーして使用

診 断 ・ 意 見 書 (視覚障害関係)

※この用紙は複写(コピー)して使用してください。

氏名等	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生	男・女
住所			
診断名			
現症	視力 右 (× D Cyl D Ax) 左 (× 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		
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名 科 医師氏名			

お願い: この「診断・意見書」は, 高等学校卒業程度認定試験において, 受験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。