



## 診断書（ 視覚障害関係 ）

この診断書は、修学上の合理的配慮を考えるための資料となりますので、できるだけ具体的に記入してください。

氏名		昭和 平成	年	月	日生	性別 男・女
住所						
診断名						
視力	右	(	x	D	Cyl	D Ax )
	左	(	x	D	Cyl	D Ax )
現症	記入について	○ 視野障害により試験時間延長を希望する場合は、裏面に現症も記入してください。 ○ 視力・視野以外の視機能障害（眼球震盪、近距離視力等）、その他参考となる経過・現症も記入してください。（記入しきれない場合は、裏面に記入してください）				
		学生（または入学希望者）の配慮が必要な理由を、必ず記入してください。				
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日  医師の氏名 <div style="text-align: center;">印 (診療科名 )</div> 医師の勤務先  所在地・電話番号						

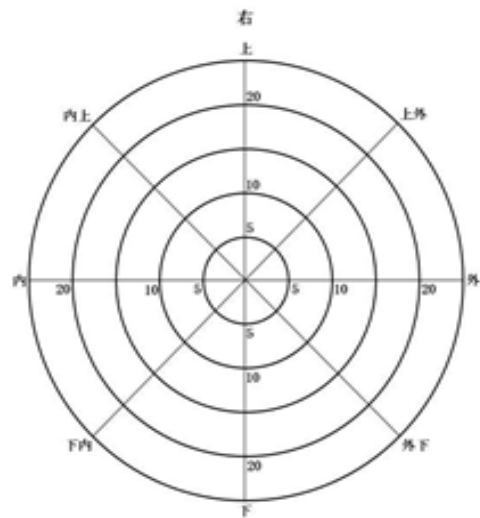
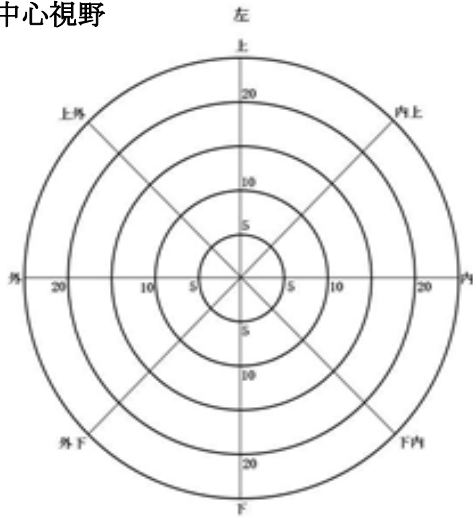
(オモテ面)

○ 視野障害により試験時間延長を希望する者の現症

※矯正視力が 0.15 以下の場合、視野の現症を記入する必要はありません。

※障害者手帳交付のための認定基準（視野障害）に準じた

中心視野



右	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計①	視能率②	損失率③
	度	度	度	度	度	度	度	度	度	% (① ÷ 560 × 100)	% (100 - ②)

左	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計④	視能率⑤	損失率⑥
	度	度	度	度	度	度	度	度	度	% (④ ÷ 560 × 100)	% (100 - ⑤)

$(③と⑥のうち大きい方) + (③と⑥のうち小さい方) \times 3$

4

両眼の損失率
%

(現症記入欄)

(裏面)