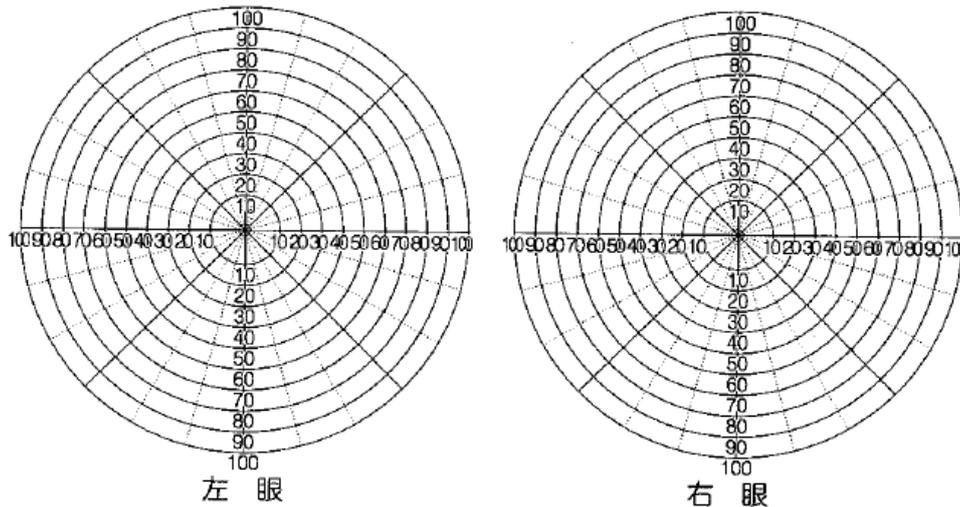


受験 番号	※
----------	---

視覚障害に関する診断書

フリガナ	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
現住所	

- 1 現在の視力 右眼（裸眼 矯正 ）
両眼矯正（ ）
左眼（裸眼 矯正 ）
- 2 視野（正常・異常）



- 3 光覚（夜盲：有・無）
- 4 視力障害原因病名
右眼
左眼
- 5 その他の特記事項

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

住所（所在地）
医療機関名
医師の氏名

印