

眼科診断書

長崎県立盲学校

氏 名			
生 年 月 日		昭和・平成 年 月 日生（ 歳）	
現 住 所		〒	
診 断 名		右 眼	左 眼
現 症	裸 眼 視 力		
	矯 正 視 力		
	前 眼 部		
	中間透光体		
	眼 圧		
	眼 底		
	視 野 (測定用紙を添付)		
備考（その他参考になることがあれば記入してください。）			
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 住所（所在地） 医 療 機 関 名 医 師 氏 名 <div>印</div>			