眼科診断書

氏名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日生 令和

住所

① 眼疾患名

右眼 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

左眼 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

② 遠距離視力　　矯正視力　　矯正度数

右眼 ＿＿＿＿（　　・矯正不能）〔　　〕

左眼 ＿＿＿＿（　　・矯正不能）〔　　〕

両眼 ＿＿＿＿（　　・矯正不能）〔　　〕

③ 近距離視力　　矯正視力　　矯正度数

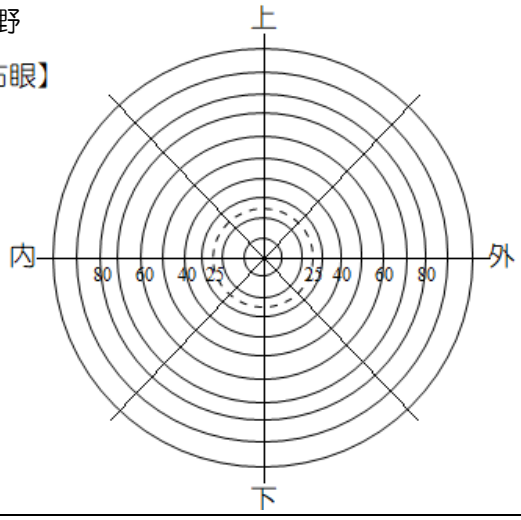
右眼 ＿＿＿＿（　　・矯正不能）〔　　〕

左眼 ＿＿＿＿（　　・矯正不能）〔　　〕

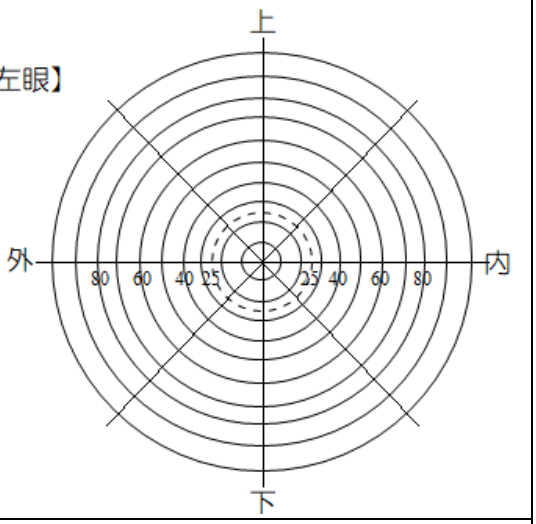
両眼 ＿＿＿＿（　　・矯正不能）〔　　〕

④ 視野

【右眼】



【左眼】



⑤ 視力・視野以外の視機能の異常

- 斜　　視 ＜ 有 ・ 無 ＞ （　　）
- 眼球振盪 ＜ 有 ・ 無 ＞ （　　）
- 夜　　盲 ＜ 有 ・ 無 ＞ （　　）
- 羞　　明 ＜ 有 ・ 無 ＞ （　　）
- 調節の異常 ＜ 有 ・ 無 ＞ （　　）
- そ の 他 ＜ 有 ・ 無 ＞ （　　）

⑥　視覚障害の原因

先天素因　・　疾病　・　外傷　・　原因不明　・　その他

◇原因となった疾病・外傷名（　　）

◇視覚障害の固定時期：　　先天性　　／　昭和　・　平成　・　令和　　年

⑦　参考となる治療経過

⑧　視覚障害の状況（　安定している　・　進行中である　）

⑨　視覚管理上の留意点・その他

⑩　その他参考となる合併症

上記のとおり診断します

令和　　年　　月　　日

病院等の名称

所　在　地

医 師 氏 名　　印