入　学　希　望　者　眼　科　診　断　書

（　幼稚部　用）　　宮城県立視覚支援学校

ふりがな 氏　　名		性　　別	男　・　女
		生年月日	平成　　年　　月　　日
現　住　所	〒		
病名（障害名）	右： 左：		
原因となった 疾病・外傷名	先天性　・　外傷 疾病　　・　中毒 その他（　　）		
疾病・外傷発生年月日	平成　・　令和　　年　　月　　日　（頃）		
治療・・・　要　　・　不要	定期検診・・・要（　　年・　　月／　　回）・　不要		
視力	右眼：　（　　×　S　　D　　C　　D　A×　　°） 左眼：　（　　×　S　　D　　C　　D　A×　　°） 両眼：　（　　）		
視野の様子			
日常生活または 教育上必要な 配慮事項			

上記のとおり診断します。

令和　　年　　月　　日

医療機関名

医師氏名　　印