

健康診断書（眼科）							
氏名				生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
病名	右			視覚障害の現れた時期		昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	
	左			障害等級１級又は２級になった時期		昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	
視力	右	(矯正視力)		視野※	右		
	左	(矯正視力)			左		
病歴							
現在治療中の疾患(有・無)		状況					
視覚障害の原因	・感染症 ・中毒性疾患 ・その他の疾病 ・出生時の損傷						
	・交通事故 ・労働災害 ・スポーツ事故						
	・先天性 ・その他 () ・不明						
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 医療機関名 住 所 医師氏名							

(香川県立視覚支援学校)