（施行令第11条・12条通知関係　参考様式⑤－ア）【視覚障害者用】

専門的診断の記録

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童  生徒 | ふりがな  氏　　名 | 平成　　年　　月　　日生 　　 （満　　歳） | 性別  男・女 |
| 住　　所 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診断名 | |  |
| 原因 | |  |
| 発病年月日 | | ○○　　年　　月　　日 |
| 視  力 | 右　　眼 | （　　　　　　　　　　） |
| 左　　眼 | （ ） |
| 視野狭窄 | | 有　　・　　無　　・　　未検査 |
| 眼底の異常 | | 有　　・　　無　　・　　未検査 |
| 前眼部の  異常 | | 有　　・　　無　　・　　未検査 |
| 中間透光体  異常 | | 有　　・　　無　　・　　未検査 |
| その他の  視機能異常 | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 矯正器具の  使用 | 有　（　眼鏡　・　コンタクトレンズ　）　・　無 |
| その他の  身体の異常 |  |
| 診断医の意見と指導事項 | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| 令和　　年　　月　　日  医療機関名  医師氏名 | |