（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 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |