



## 診断書（ 視覚障害関係 ）

この診断書は、修学上の合理的配慮を考えるための資料となりますので、できるだけ具体的に記入してください。

|  |        |   |   |   |     |           |
|--|--------|---|---|---|-----|-----------|
| 氏名   |        | 昭和<br>平成  | 年 | 月 | 日生  | 性別<br>男・女 |
| 住所   |        |   |   |   |     |           |
| 診断名  |        |   |   |   |     |           |
| 視力   | 右      | (   | x | D | Cyl | D Ax )    |
|  | 左      | (   | x | D | Cyl | D Ax )    |
| 現症   | 記入について | ○ 視野障害により試験時間延長を希望する場合は、裏面に現症も記入してください。<br>○ 視力・視野以外の視機能障害（眼球震盪、近距離視力等）、その他参考となる経過・現症も記入してください。（記入しきれない場合は、裏面に記入してください） |   |   |     |           |
|  |        | 学生（または入学希望者）の配慮が必要な理由を、必ず記入してください。  |   |   |     |           |
| 上記のとおり診断する。<br>平成 年 月 日<br><br>医師の氏名<br><br>医師の勤務先<br><br>所在地・電話番号 |        |   |   |   |     |           |

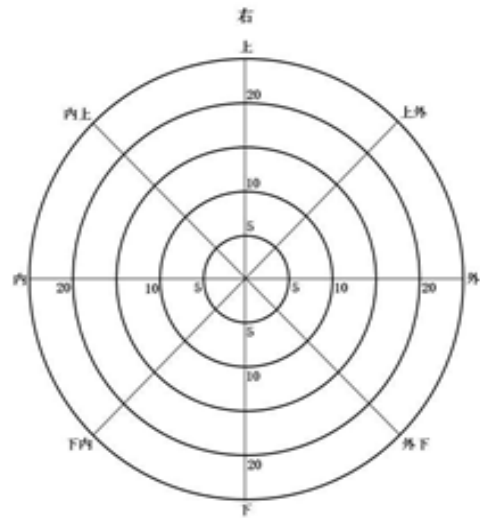
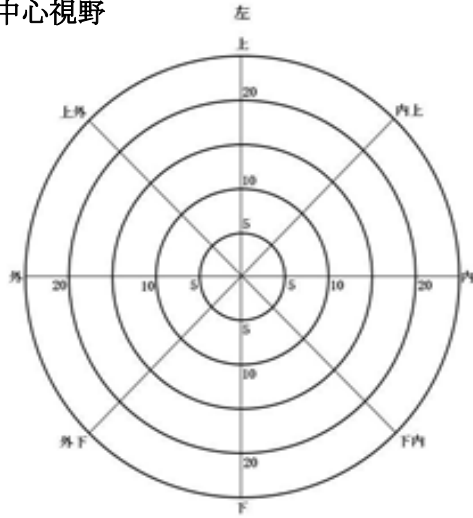
(オモテ面)

○ 視野障害により試験時間延長を希望する者の現症

※矯正視力が 0.15 以下の場合、視野の現症を記入する必要はありません。

※障害者手帳交付のための認定基準（視野障害）に準じた

中心視野



| 右 | 上 | 上外 | 外 | 外下 | 下 | 下内 | 内 | 内上 | 計① | 視能率②                 | 損失率③           |
|---|---|----|---|----|---|----|---|----|----|----------------------|----------------|
|   | 度 | 度  | 度 | 度  | 度 | 度  | 度 | 度  | 度  | %<br>(① ÷ 560 × 100) | %<br>(100 - ②) |

| 左 | 上 | 上外 | 外 | 外下 | 下 | 下内 | 内 | 内上 | 計④ | 視能率⑤                 | 損失率⑥           |
|---|---|----|---|----|---|----|---|----|----|----------------------|----------------|
|   | 度 | 度  | 度 | 度  | 度 | 度  | 度 | 度  | 度  | %<br>(④ ÷ 560 × 100) | %<br>(100 - ⑤) |

$$\frac{(\text{③と⑥のうち大きい方}) + (\text{③と⑥のうち小さい方}) \times 3}{4}$$

|        |
|--------|
| 両眼の損失率 |
| %      |

(現症記入欄)

(裏面)