眼　科　診　断　書**佐賀県立盲学校**

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 |  |
| ふりがな氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女 | 生年月日 | 　　　　年　　月 　　日（　　　）歳 |
| 疾患名 |  |
| 発症年月日 | 　　　 　 年　　　　　月頃　　　生後（　　　　　年　　　　　ヶ月頃） |
| 視力 | 両眼 | 　　　　　　　　　（　　　　　　　　　） |
| 右眼 | 　　　　　　　　　（　　　　　　　×　　 　　　D =cyl Da ） |
| 左眼 | 　　　　　　　　　（　　　　　　　×　　 　　　D =cyl Da ） |
| 眼鏡等の使用 | ●（　眼鏡　・　遮光眼鏡　・　コンタクト　・　義眼　）　使用中　　・　　不使用●使用に関しての注意（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 疾患の経緯（年度毎に記載） |  |
| 視機能 | 視野 | ※視野検査結果の添付をお願いします。 |
| 進行状況の可能性 | 有　・　無　（症状固定） |
| 色覚異常 | 有（　　　　　　　　）　・　無 | 夜盲 | 有　・　無 |
| 治療状況 | ＜投薬＞＜進行の可能性＞　　有　・　無（症状固定） |
| 注意事項（運動制限等） | 例：頭部への衝撃は避けること、など　 |
| 受診状況 | ①定期（　　　　年　・　　　　月　・　　　　週に　　　　回受診）　　②不定期 |
| 障害者手帳 | （　認定年月日：　　　　　年　　　　月　　　　日　）　（　等級：　　　　　　　級　） |
| 上記のとおり診断いたします。令和　　　　年　　　　月　　　　日医療機関名 　　　 所在地主治医　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

＊取得した個人情報は入学検査業務、学校生活管理指導目的以外には使用いたしません。