

眼 科 診 断 書									
氏名	(ふりがな)				性別	男・女	生年月日	昭和 年 月 日 生 平成 (歳)	
現住所									
視力	右	()			眼圧	右	正常・異常 (mmHg)		
	左	()				左	正常・異常 (mmHg)		
		両	()			視覚障害の原因	①先天性 (遺伝、不明の先天素因、他)		
色覚		正常 ・ 異常 ()			②伝染性 (ヘルペス、風疹、梅毒、他)				
視野	検査日	年 月 日 (異常の場合：検査表添付)			③外傷性 (出産時、事故、薬物、他)				
	右	正常 ・ 異常 ()			④中毒 (アルコール、薬物、他)				
	左	正常 ・ 異常 ()			⑤未熟児網膜症				
診断名	右眼				⑥全身性 (糖尿病、ベーチェット病、他)				
	左眼				⑦眼球腫瘍 (網膜芽細胞腫、他)				
	治療の要否	不要 ・ 要 (月・年 回)			⑧中枢神経性 (脳腫瘍、神経疾患、他)				
既往症							障害発生時期	年 月 頃 (歳)	
現在の治療状況	(病名・現症状・投薬・通院状況 等)								
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 医療機関名・住所 眼科医師名 印									

※ 該当欄に記述又は○印