

眼 科 診 断 書													
氏名	(ふりがな)				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							
色覚		正常 ・ 異常 ()											
視野	検査日	年 月 日 (異常の場合：検査表添付)											
	右	正常 ・ 異常 ()											
	左	正常 ・ 異常 ()											
診断名	右眼												
	左眼												
	治療の要否	不要 ・ 要 (月・年 回)											
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)												
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関名・住所</p> <p>眼科医師名</p> <p>印</p>													

※ 該当欄に記述又は○印