

視野等に関する診断書

住 所 _____

氏 名 _____

_____年 月 日 生

上記の者は、

① 視力が0.3に満たない又は見えない _____
一眼の他眼の視力

② 視力が0.3に満たない又は見えない _____度
一眼の他眼の視野が左右

上記のとおり診断いたします。

令和 年 月 日

所 在 地

病（医）院名 _____

診 断 医 師 名 _____