

(様式2 表)

診断・意見書（視覚障害関係）

氏名				生年月日	(西暦) 年 月 日生	男・女
診断名						
現症	視力	右	(× D cyl D Ax)			
		左	(× D cyl D Ax)			
	視野	損失率	%	※ 身体障害者手帳交付のための認定基準に 準じた基準で測定してください。 ※ 視野に障害のある方は、必ず視野表を 添付してください。		
上記のとおり診断する。						
(西暦) 年 月 日						
病院又は診療所の名称						
所在地						
診療担当科名 科						
医師名						
(印)						

お願い： この「診断・意見書」は、公認心理師試験において、受験者の希望する受験上の配慮の要否を決定す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。

(様式2 裏)

現 症 等	
-------------	--