

# 眼科診断書

年 月 日

氏名： (♂ ♀) 生年月日 年 月 日 (才)

診断名・病名 右：  
左：

治療経過：

遠見視力 右= ( × S D〇C D A x ° )  
左= ( × S D〇C D A x ° )  
両眼視力= ( )  
近見視力 右= ( × S D〇C D A x ° )  
左= ( × S D〇C D A x ° )  
両眼視力= ( )

\*使用している眼鏡の度数ならびに使用時の視力

遠用眼鏡 右= ( × S D〇C D A x ° )  
左= ( × S D〇C D A x ° )  
両眼視力= ( )  
近用眼鏡 右= ( × S D〇C D A x ° )  
左= ( × S D〇C D A x ° )  
両眼視力= ( )

視野 \*視野測定可能なときは検査結果(視野図)の添付をお願いいたします。

備考：

医療機関名：  
(住所・連絡先)

担当眼科医：