# 診断・意見書（視覚障がい関係）

<table>
<tr><td colspan="2">氏名：</td><td>昭和・平成　　年　　月　　日生</td><td>男・女・回答しない</td></tr>
<tr><td colspan="4">住所：</td></tr>
<tr><td>診断名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">現症</td><td colspan="3">視　力<br>右（　　×　　D　Cyl　　D　Ax　　）<br>左（　　×　　D　Cyl　　D　Ax　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">視力以外の視機能障がい（視野狭窄、眼球震盪、近距離視力等）、その他参考となる経過・現症</td></tr>
<tr><td colspan="4">上記のとおり診断する。<br>令和　　年　　月　　日<br>病院又は診療所の名称<br>所　在　地<br>診療担当科目　　科　　医師氏名</td></tr>
</table>

お願い：この「診断・意見書」は、介護支援専門員実務研修受講試験において、受験者の希望する特別措置の可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。