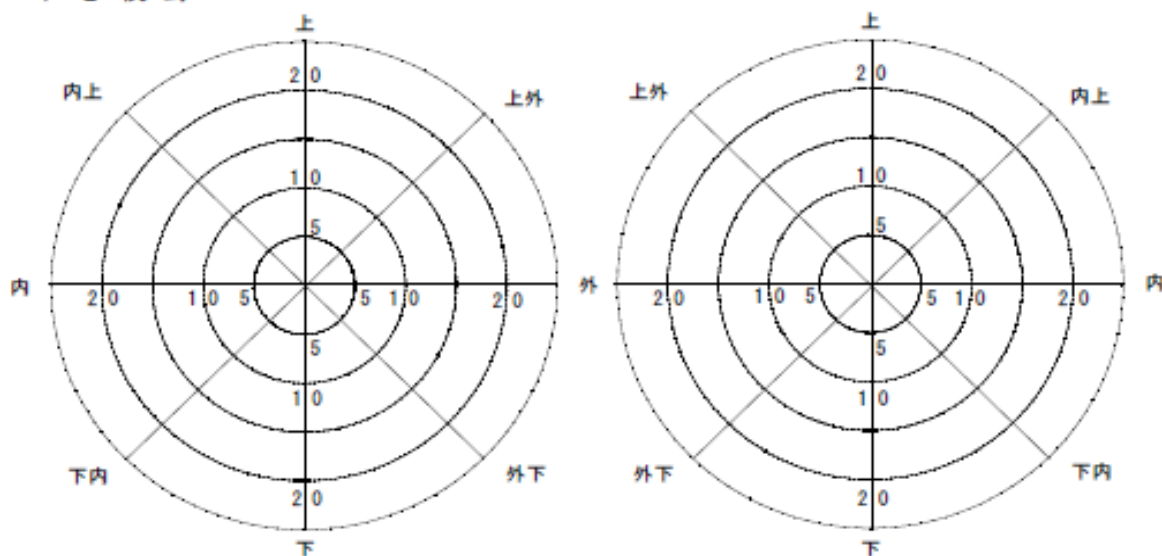


診 断 書 (視 覚 障 害 関 係)

氏 名		生年月日	大正 昭和 平成			性 別	
			年	月	日生	男	女
住 所							
診 断 名							
現 症	視 力						
	右	(× D Cyl D Ax)					
左	(× D Cyl D Ax)						

○ 視野障害により試験時間延長を希望する者の現症
 ※ 身体障害者手帳交付のための認定基準(視野障害)に準じた基準で測定してください。

中心視野



右	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計①	視能率②	損失率③
	度	度	度	度	度	度	度	度	度	%	%

左	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計④	視能率⑤	損失率⑥
	度	度	度	度	度	度	度	度	度	%	%

$$\frac{(\text{③と⑥のうち大きい方}) + (\text{③と⑥のうち小さい方}) \times 3}{4}$$

4

両眼の損失率

