

診 断 書 （ 視 覚 障 害 関 係 ）

この診断書は、大学入試センター試験において志願者の希望する受験上の配慮事項を審査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。

診
断
書

氏 名			昭 和 平 成	年	月	日 生	性 別 男 ・ 女
住 所							
診 断 名							
視 力	右	(x D Cyl D Ax)					
	左	(x D Cyl D Ax)					
現 症 の 記 入 に つ い て	○ 視野障害により試験時間延長（1.3 倍）を必要とする場合は、裏面に現症を記入の上、必ず視野コピーを添付してください。 視力・視野以外の視機能障害（眼球震盪、近距離視力等）、その他参考となる経過・現症も記入してください（記入されない場合は、裏面に記入してください。） 志願者の希望する全ての受験上の配慮事項について、それぞれ必要とする具体的な理由を、必ず記入してください。						
現 症							
上記のとおり診断する。 平成 年 月 日 医師の氏名 印 （診療科名） 医師の勤務先 所在地・電話番号							

（キリトリ線）

過年度のものですので、
使用しないでください

○ 視野の現症（試験時間延長(1.3 倍)を必要とする場合）

※ 視野コピーを必ず添付してください。

なお、ゴールドマン型視野計を用いた視野図を添付する場合には、どのイソプタが 1/4 の視標によるものか、1/2 の視標によるものかを明確に区別できるように記載してください。

※ 矯正視力が 0.15 以下の場合は、視野コピーの添付及び視野の現症の記入は必要ありません。

※ 障害者手帳交付のための新しい認定基準(平成 30 年 7 月 1 日施行)に準じて測定してください。

ゴールドマン型視野計

(1) 周辺視野の評価（I / 4）

① 両眼の視野が中心 10 度以内

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右										度(≤80)
左										度(≤80)
② 両眼による視野が 2 分の 1 以上欠損（はい・いいえ）										

(2) 中心視野の評価（I / 2）

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右										① 度
左										② 度

(①と②のうち大きい方)

(①と②のうち小さい方)

過年度のもののなので、
使用しないでください

自動視野計

(1) 周辺視野の評価

両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数

 点

(2) 中心視野の評価（10-2 プログラム）

右 ③ 点 (≥26dB)

左 ④ 点 (≥26dB)

(③と④のうち大きい方)

(③と④のうち小さい方)

両眼中心視野
視認点数

(×3 +) / 4 = 点

(現症記入欄)