

診 断 書

(視力用)

試験区分		フリ 氏	ガナ 名	
受験番号		生年月日	平成	年 月 日生

[検査項目：視力検査]

裸眼視力

右 _____

左 _____

矯正視力

右 _____

左 _____

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

所 在 地
医療機関名
医 師 名

印

- ※1 太枠内は受験者本人があらかじめ記載してください。
- ※2 矯正視力は、裸眼視力が0.6未満の場合に測定してください。この場合、受験者が持参した眼鏡等に限らず、矯正可能な最大値を記載してください。