

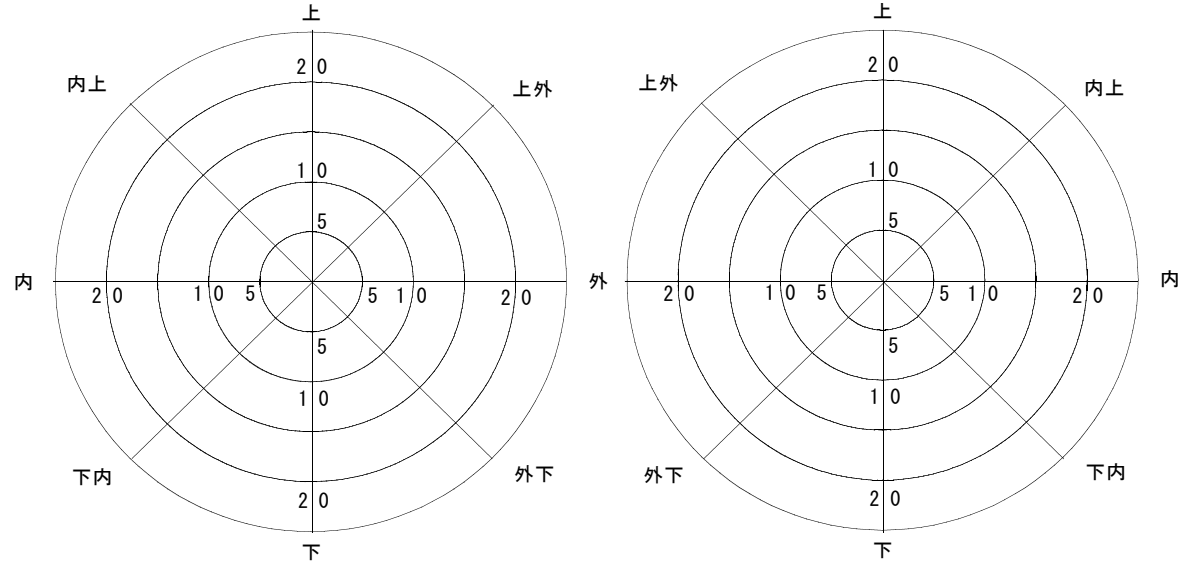
診 断 書

(視 覚 障 害 関 係)

氏 名		生年月日	大正 昭和 年 月 日生 平成			性 別	
			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	%	%
										(①÷560×100)	(100－②)

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	%	%
										(④÷560×100)	(100－⑤)

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

両眼の損失率

○ 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

以上のとおり診断する。

平成 年 月 日

医師の氏名 ⑩ （診療科名 ）

医師の勤務先

所在地・電話番号

【お願い】 この「診断書」は，司法試験において，受験者の希望する受験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。