

2 書字・読みに関して、必要と考えられる措置等があれば具体的に記載してください。

(現症追加記入欄)

以上のとおり診断する。

平成 年 月 日

医師の氏名 , (診療科名)

医師の勤務先

所在地・電話番号

【お願い】

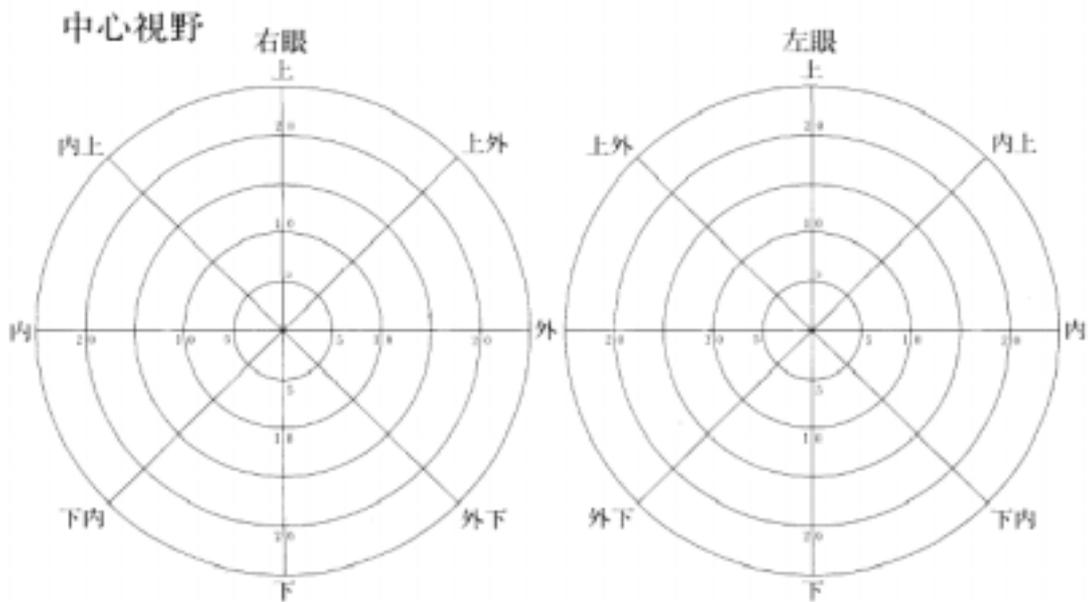
この「診断書」は、司法試験において、受験者の希望する受験特別措置の可否を決定するための資料となりますので、できるだけ具体的に記入してください。

診 断 書 (案)

(視 覚 障 害 関 係)

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



右	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計	視能率	損失率
	度	度	度	度	度	度	度	度	度	(÷ 560 × 100) %	(100 -) %

左	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計	視能率	損失率
	度	度	度	度	度	度	度	度	度	(÷ 560 × 100) %	(100 -) %

$$\frac{(\text{と の うち 大 き い 方}) + (\text{と の うち 小 さ い 方}) \times 3}{4}$$

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 ， （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。

診 断 書 (案)

(聴 覚 障 害 関 係)

氏 名		生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日生	性 別
							男 ・ 女
住 所							
診 断 名							
現 症	<p>聴力レベル 右 _____ d B 左 _____ d B</p> <p>補聴器装用の場合</p> <p>・ 補聴器の装用 要 ・ 否</p> <p>・ 補聴器の種類 _____</p> <p>・ 補聴器の型式 _____</p> <p>その他参考となる現症</p>						

以上のとおり診断する。

平成 年 月 日

医師の氏名 _____ , (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。

(現症追加記入欄)

