診　　断　　書
（視覚障害関係）

氏　　名		生年月日	年　　月　　日生	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
※　視認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Ｉ／４の視標によるものか、Ｉ／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。
※　身体障害者手帳交付のための認定基準（平成30年７月１日施行）に準じた基準で測定してください。

視野
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

両眼中心視野角度（Ｉ／２）　（①と②のうち大きい方）（　　×３　＋　（①と②のうち小さい方）　）／４＝　　度

又は
自動視野計
（１）　周辺視野の評価　　点
両眼開放エスターマンテスト　両眼開放視認点数

（２）　中心視野の評価（10-2プログラム）
右　③　点（≧26dB）
左　④　点（≧26dB）

両眼中心視野視認点数　（③と④のうち大きい方）（　　×３　＋　（③と④のうち小さい方）　）／４＝　　点

○　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。

令和　　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。