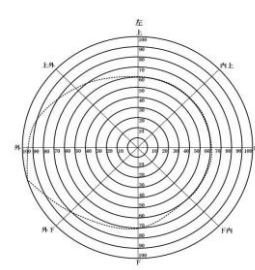
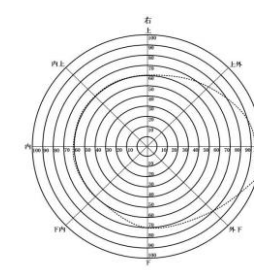


# 専 門 医 の 診 断 書

現 住 所

氏 名 S・H 年 月 日生

視 力	裸 眼	右	左	矯 正	右	左
視 野	右			左		
		視野に関する所見			視野に関する所見	

病 名

所 見

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

住 所

病 院 名

電 話

医 師 氏 名

印