

受診報告書【視力】

日 本 大 学 明 誠 高 等 学 校		
年	組	番 氏名

〈担当医殿〉 以下にご記入願います。

診 察 結 果		裸眼視力（矯正視力）	診断名	矯正の必要
	右	. (.)		あり (メガネ・コンタクト) なし
	左	. (.)		あり (メガネ・コンタクト) なし
	1. 経過観察 2. 要治療 3. その他 ()			
	今後の注意事項（学校生活において配慮すべき点等）			
平成 年 月 日 医療機関名 医師名 印				

※ 証明には文書料が発生する可能性があります。