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。

<table>
<tr><td rowspan="4">診察結果</td><td></td><td>裸眼視力（矯正視力）</td><td>診断名</td><td>矯正の必要</td></tr>
<tr><td>右</td><td>．　（　．　）</td><td></td><td>あり
（メガネ・コンタクト）
なし</td></tr>
<tr><td>左</td><td>．　（　．　）</td><td></td><td>あり
（メガネ・コンタクト）
なし</td></tr>
<tr><td colspan="4">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）</td></tr>
<tr><td colspan="4">令和　　年　　月　　日
医療機関名
医師名　　印</td></tr>
</table>

※ 証明には文書料が発生する可能性があります。

2019.5