

視覚障害者ボウリング競技用診断書

氏名

生年月日

男性／女性

病歴：

使用薬：

眼科所見：

視力；

R (X D =cyl D A)

L (X D =cyl D A)

競技用視力矯正レンズ：（無・眼鏡・コンタクトレンズ）

R (X D =cyl D A)

L (X D =cyl D A)

Goldmann視野検査（必要者のみコピー添付）

視野狭窄（I/4 イソプタ）；R 度 L 度

その他

診断名

医師サイン