

# 診断書

氏名

年齢

歳

病名

年 月 日 当院初診

初診時視力 右 (矯正 )

左 (矯正 )

両眼 (矯正 )

年 月 日 手術施行

年 月 日 手術施行

年 月 日 手術後視力 右 (矯正 )

左 (矯正 )

両眼 (矯正 )

年 月 日をもって視力が回復したと診断する

年 月 日

医療機関名

印

医師名