

# 色覚相談紹介状

平成22年12月9日改訂版  
(京都府眼科学校医会)

平成 年 月 日

医療機関名

所在地〒

電話番号

医師名 \_\_\_\_\_

学校名 \_\_\_\_\_ 年 組

ふりがな \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 ( 才 ) 男・女

〒

住所 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_

(検査結果)

視力検査 R.V.= ( × )  
L.V.= ( × )

細隙灯検査

眼底検査

その他の検査 眼圧測定 R ( mmHg)  
(必要あれば) L ( mmHg)

眼球運動、眼位などの検査  
視野及びその他の検査

備考

色覚検査 (下記のうち実施された検査結果のコピーを必ず添付してください)

- ①石原表
- ②TMC表
- ③標準色覚検査表第3部検診用  
※左右眼別に検査した結果を附属の記録用紙に記入
- ④標準色覚検査表第1部先天異常用  
※これは両眼で検査した結果を附属の用紙に記入
- ⑤その他の仮性同色表名 ( )
- ⑥その他の色覚検査の結果 (パネルD-15テスト・ランタンテスト・アノモスコプ)

色覚 診断名 (記載されなくても結構です)

\_\_\_\_\_  
以上のとおりですのでよろしく申し上げます。