

身体障害者診断書・意見書〔視覚障害用〕

総括表

氏名	生年月日	年 月 日
住所		
1 障害名(部位を明記)		
2 原因となった 疾病・外傷名		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、疾病、先天性、その他()
3 疾病・外傷発生年月日		年 月 日・場 所
4 参考となる経過・現症(エックス線および検査所見を含む。)		
障害固定又は障害確定(推定)		年 月 日
5 総合所見		
(将来再認定 要 ・ 不要) 次期再認定日 年 月)		
6 その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。		
年 月 日		
病院又は診療所の名称		
所 在 地		
診療担当科名		科 医師氏名 (※)
(※)本人が手書きしない場合は記名押印してください。		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見(障害程度等級についても参考意見を記入)		
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に		
<ul style="list-style-type: none"> ・該当する(級相当) ・該当しない 		
注意		
<ol style="list-style-type: none"> 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害などを記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」(別様式)を添付してください。 3 障害区分や等級決定のため、社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。 		

申請者氏名 _____

医師氏名 _____

視覚障害の状況及び所見

1 視 力

	裸眼視力	矯正視力						
右眼		×	D	⊖	cyl	D	Ax	°
左眼		×	D	⊖	cyl	D	Ax	°

2 視 野

ゴールドマン型視野計

(1) 周辺視野の評価 (I / 4)

① 両眼の視野が中心10度以内

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右										度 (≦80)
左										度 (≦80)

② 両眼による視野が2分の1以上欠損 (はい・いいえ)

(2) 中心視野の評価 (I / 2)

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右									①	度
左									②	度

両眼中心視野角度 (I / 2) (①と②のうち大きい方) (①と②のうち小さい方)
 (× 3 +) / 4 = 度

又は

自動視野計

(1) 周辺視野の評価 点
 両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数

(2) 中心視野の評価 (10-2プログラム)

右 ③ 点 (≧26dB)

左 ④ 点 (≧26dB)

両眼中心視野視認点数 (③と④のうち大きい方) (③と④のうち小さい方)
 (× 3 +) / 4 = 点

3 現 症

	右	左
前 眼 部		
中 間 透 光 体		
眼 底		

申請者氏名 _____

医師氏名 _____

視野コピー貼付

(注) ゴールドマン型視野計を用いた視野図を添付する場合には、どのイソプタが1/4の視標によるものか、1/2の視標によるものかを明確に区別できるように記載すること。