

種別 [ - ] [ - - ] [ - - ] [ - - ] [ - - ] 原因 [ ]

## 身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

総括表

氏名	年 月 日生	男 女
住所		
① 障害名（部位を明記）		
② 原因となった 疾病・外傷名	1 交通 2 労災 3 その他の事故 4 戦傷 5 戦災 6 自然災害 7 疾病 8 先天性 9 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（エックス線写真及び検査所見を含む。）		
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（軽減化・重度化）・不要〕		
〔再認定の時期 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		
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"> <li>・ 該当する（ 級相当）</li> <li>・ 該当しない</li> </ul>		
<p>注意 1 障害名には現在起っている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、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下さい。</p> <p>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。</p> <p>3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。</p>		

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	⊖	cy1	D	Ax	°
左眼		×	D	⊖	cy1	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

(①と②のうち大きい方) (①と②のうち小さい方)

両眼中心視野角度 (I / 2) (  × 3 +  ) / 4 =  度

または

自動視野計

(1) 周辺視野の評価

両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数

点

(2) 中心視野の評価 (10-2プログラム)

右 ③  点 (≧26dB)

左 ④  点 (≧26dB)

(③と④のうち大きい方) (③と④のうち小さい方)

両眼中心視野視認点数 (  × 3 +  ) / 4 =  点

3 現症

	右	左
前眼部		
中間透光体		
眼底		

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。