

身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

総括表

氏名	大昭平令	年 月 日生 () 歳	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		交通、労災、その他の事故、疾病、 自然災害、先天性、その他()							
3 疾病・外傷発生年月日 昭平令 年 月 日 ・ 場所									
4 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)									
障害固定又は障害確定(推定) 昭平令 年 月 日									
5 総合所見(障害認定に必要な事項、臨床症状、将来再認定について明記)									
【 将来再認定： 不要 ・ 要（軽度化・重度化）⇒ 再認定時期： 1年後 ・ 3年後 ・ 5年後 】									
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記する。 令和 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 電話番号 () - 診療担当科名 科 第15条指定医師氏名 (署名又は記名押印) ※訂正がある場合は、訂正印等をお願いします。									
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									
・該当する。 (級相当) ・該当しない。		<table border="1"> <thead> <tr> <th>内訳</th> <th>等級</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>視力</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>視野</td> <td>級</td> </tr> </tbody> </table>		内訳	等級	視力	級	視野	級
内訳	等級								
視力	級								
視野	級								

(注意)

- 1 障害名には、障害の部位とその部分の機能障害の状態を記載してください。(両眼視力障害、視野狭窄、視野欠損等)
- 2 原因となった疾病・外傷名には、視覚障害の原因となったいわゆる病名であり、障害の分野別に具体的な傷病名を記載してください。(糖尿病性網膜症、緑内障性視神経萎縮、パーチャット病等)
- 3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。

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または自動視野計いずれかの検査結果を記載してください。)

【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 両目開放視認点数 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 $I/4$ の視標によるものか、 $I/2$ 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。