

身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

総括表

氏名	明治・大正 昭和・平成 年 月 日生(歳) 令和	男・女
住所		
① 障害名（部位を明記）		
原因となった	交通, 労災, その他の事故, 戦傷, 戦災	
② 疾病・外傷名	疾病, 先天性, 自然災害, その他()	
③ 疾病・外傷発生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	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）昭和・平成・令和 年 月 日		
⑤ 総合所見	[将来再認定 要 ・ 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。 令和 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 内訳 視力(級相当) ・ 該当する (級相当) 視野(級相当) ・ 該当しない		
注意 1 障害名には現在起っている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、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、地方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。 4 診断書・意見書に記入した内容に修正がある場合は、二重線で取り消し、その上部等に正しい文言を記入してください。（訂正印は必要ありません。） 5 医師氏名は記名又は署名のどちらでもかまいません。また、医師の押印は必要ありません。		

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	上外	外	外下	下	下内	内	内上	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	上外	外	外下	下	下内	内	内上	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 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。