

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(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、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 (軽度化・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 ・該当する(級相当) ・該当しない		
注 意	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 肢体不自由のある者の場合は、全ての肢体不自由について記入してください。 3 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(様式第2号 別紙2(その2))を添付してください。 4 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ページ以降の部分についてお問合せをする場合があります	

別紙 1

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	Δx °
左眼		×	D	⌒	cyl	D	Δx °

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

又は

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。