

身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女																								
住 所																										
1 障害名 (該当するものに○) 視力障害・視野障害		<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">0</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1	0				1	0																	
1	0																									
1	0																									
2 原因となった 疾病・外傷名	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>					<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20%;">10</td> <td style="width: 20%;">20</td> <td style="width: 20%;">30</td> <td style="width: 20%;">40</td> <td style="width: 20%;">50</td> </tr> <tr> <td colspan="5">交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、</td> </tr> <tr> <td colspan="5">自然災害、疾病、先天性、その他()</td> </tr> <tr> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>90</td> <td></td> </tr> </table>	10	20	30	40	50	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()					60	70	80	90	
10	20	30	40	50																						
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()																										
60	70	80	90																							
3 疾病・外傷発生日 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(重度化・その他) 不要) 再認定年月 年 月																										
6 その他の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 勤務先 (所在地・名称・電話番号) 診療担当科名 身体障害者福祉法 科 第15条指定医師氏名																										
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、脳血管障害、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. 障害区分や等級決定のため、改めて診断内容についてお問い合わせする場合があります。

1 視力

	裸眼視力	矯正視力		
右眼		×	D <input type="text"/> cyl	DAx °
左眼		×	D <input type="text"/> cyl	DAx °

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) $(\frac{\text{①と②のうち大きい方}}{\text{①と②のうち小さい方}} \times 3 + \text{①と②のうち小さい方}) / 4 = \text{ } \text{度}$

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)

両眼中心視野視認点数 $(\frac{\text{③と④のうち大きい方}}{\text{③と④のうち小さい方}} \times 3 + \text{③と④のうち小さい方}) / 4 = \text{ } \text{点}$

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。