

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 担当診療科名 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〕 | | | | | | | | |
| 等級表による個別等級 | | | | | | | | |
| 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;">部 位</th> <th style="width:50%;">等 級</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>視 力</td> <td></td> </tr> <tr> <td>視 野</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | 部 位 | 等 級 | 視 力 | | 視 野 | |
| 部 位 | 等 級 | | | | | | | |
| 視 力 | | | | | | | | |
| 視 野 | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・該当する（ 級相当） ・該当しない | | | | | | | | |
| 注 | | | | | | | | |
| 1 障害名には、現在起っている障害、例えば視力障害等を記入し、原因となった疾病には、糖尿病性網膜症等原因となった疾患名を記入してください。 | | | | | | | | |
| 2 「障害の状態及び所見を記載した書面」（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問い合わせする場合があります。 | | | | | | | | |

1 視力

| | 裸眼視力 | 矯正能力 |
|----|------|-----------------|
| 右眼 | | × D (cyl DAx ° |
| 左眼 | | × D (cyl DAx ° |

* 指数弁の場合、距離 (30cm 等) も記載 * 矯正不能の場合、その旨を記載

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)

$$\left(\boxed{} \times 3 + \boxed{} \right) / 4 = \boxed{} \text{ 度}$$

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 | <input type="text"/> | 点 | (≥ 26 dB) |
| 左 | ④ | <input type="text"/> | 点 | (≥ 26 dB) |

(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

$$\left(\text{} \times 3 + \text{} \right) / 4 = \text{} \text{ 点}$$

3 現症

| | 右 | 左 |
|-------|----------------------|----------------------|
| 前眼部 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 中間透光体 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 眼底 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

視
野
コ
ピ
ー
添
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明確に区分できるように記載すること。