

障発0427第4号  
平成30年4月27日

都道府県知事  
各 指定都市市長 殿  
中核市市長

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長  
( 公 印 省 略 )

「身体障害者手帳に係る交付手続き及び医師の指定に関する取扱いについて」  
の一部改正について

今般、「身体障害者手帳に係る交付手続き及び医師の指定に関する取扱いについて」（平成21年12月24日障発1224第3号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）の第1の1の（2）で定める様式第1について、別添のとおり改正し、平成30年7月1日から適用することとしたので、留意の上、その取扱いに遺漏なきようお願いしたい。

本通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的助言（ガイドライン）として位置づけられるものである。

様式第 1

身体障害者診断書・意見書（ 障害用）

総括表

|   |                      |   |   |   |
|---|----------------------|---|---|---|
| 氏 名   | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成 | 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<br>疾病・外傷名  |                      | 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、<br>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・不要〕<br>〔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。<br>年 月 日<br>病院又は診療所の名称<br>所 在 地<br>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〕<br>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に<br>・該当する ( 級相当)<br>・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 <b>両眼視力障害</b> 、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<br>疾病には、 <b>緑内障</b> 、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。<br>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。<br>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。 |                      |   |   |   |

様式第 1

身体障害者診断書・意見書（ 障害用）

総括表

|  |                      |   |   |   |
|--|----------------------|---|---|---|
| 氏 名  | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成 | 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<br>疾病・外傷名   |                      | 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、<br>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・不要〕<br>〔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。<br>年 月 日<br>病院又は診療所の名称<br>所 在 地<br>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〕<br>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に<br>・該当する ( 級相当)<br>・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 <b>両目失明</b> 、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<br>疾病には、 <b>角膜混濁</b> 、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。<br>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。<br>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。 |                      |   |   |   |

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 | 内上 | 内 | 内下 | 下 | 外下 | 外 | 外上 | 合計 | 度 (≦80) |
|---|---|----|---|----|---|----|---|----|----|---------|
| 右 |   |    |   |    |   |    |   |    |    |         |
| 左 |   |    |   |    |   |    |   |    |    |         |

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 | 度 |
|---|---|----|---|----|---|----|---|----|----|---|
| 右 |   |    |   |    |   |    |   |    | ①  |   |
| 左 |   |    |   |    |   |    |   |    | ②  |   |

両眼中心視野角度 (I/2) ( ( ) × 3 + ( ) ) / 4 = ( ) 度  
(①と②のうち大きい方) (①と②のうち小さい方)

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 ( ( ) × 3 + ( ) ) / 4 = ( ) 点  
(③と④のうち大きい方) (③と④のうち小さい方)

3 現症

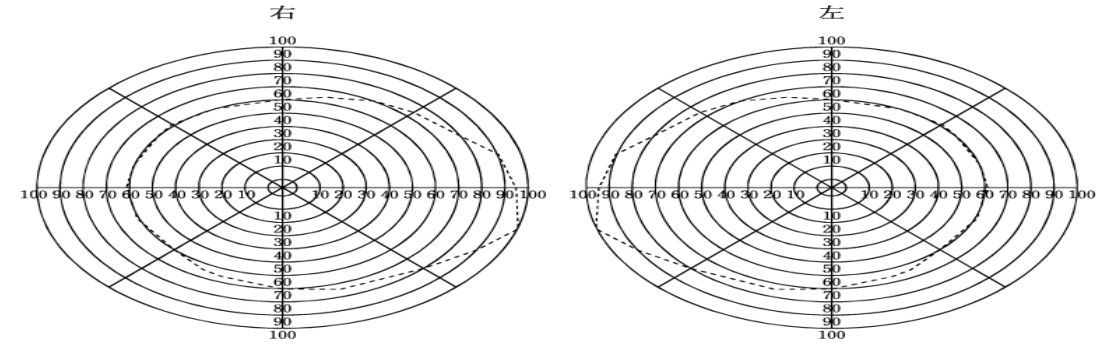
|       | 右 | 左 |
|-------|---|---|
| 前眼部   |   |   |
| 中間透光体 |   |   |
| 眼底    |   |   |

視覚障害の状況及び所見

1 視力

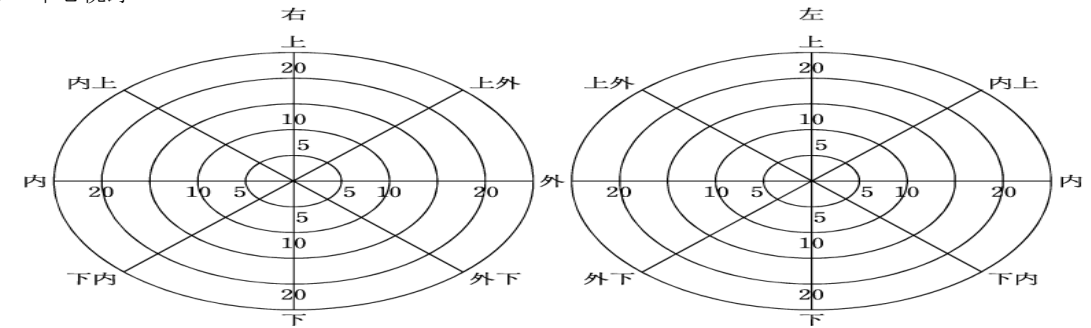
|   | 裸眼  | 矯正             |
|---|-----|----------------|
| 右 | ( ) | ( × DCyl DAx ) |
| 左 | ( ) | ( × DCyl DAx ) |

2 視野



視野障害の計測は点線で囲まれた正常視野の範囲内で行うものとする。

3 中心視野



|   | 上 | 上外 | 外 | 外下 | 下 | 下内 | 内 | 内上 | 計① | 視能率②          | 損失率③      |
|---|---|----|---|----|---|----|---|----|----|---------------|-----------|
| 右 | 度 | 度  | 度 | 度  | 度 | 度  | 度 | 度  | 度  | (①÷560×100) % | (100-②) % |
| 左 | 度 | 度  | 度 | 度  | 度 | 度  | 度 | 度  | 度  | (④÷560×100) % | (100-⑤) % |

$$\frac{(\text{③と⑥のうち大きい方}) + (\text{③と⑥のうち小さい方}) \times 4}{4}$$

両眼の損失率  
( ) %

4 現症

|       | 右 | 左 |
|-------|---|---|
| 外眼    |   |   |
| 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1/4の視標によるものか、1/2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。