

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	男・女
住所			
① 障害名（部位を明記）			
② 原因となつた 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 参考となる経過及び現症（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			
		[軽減化による再認定 要 ・ 不要] [再認定の時期 年 月]	
⑥ その他参考となる合併症状			
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。			
年 月 日			
病院又は診療所の名称		電話 ()	
所在地			
診療担当科名		科 医師氏名 印	
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のこと。）			
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に		視力 級	
・該当する (級相当)		視野 級	
・該当しない			
※「該当する」「該当しない」の選択及び意見等級は、必ず記載してください。			
注 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、原因となつた疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となつた疾患名を記入してください。			
2 総合所見には、将来の再認定の必要性、必要な場合はその理由（障害が重度化する可能性があるのか、軽減する可能性があるのか）及び再認定を行うべき時期を必ず記入してください。			
3 障害区分や等級決定のため、改めて身体障害者診断書・意見書の記述内容についてお問い合わせする場合があります。			
4 程度変更に伴う再申請については、新しく追加となる障害内容の記載のみではなく、現在の手帳の障害内容についても障害が存在していれば、併せて診断書に記載してください。			

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	(cy1	D Ax	°
左眼		×	D	(cy1	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	
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) (×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。