

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								
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 ・該当する（ ） ・該当しない <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">視力</td> <td style="width: 100px; height: 25px;"></td> <td style="width: 50px; text-align: center;">級</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">視野</td> <td style="width: 100px; height: 25px;"></td> <td style="width: 50px; text-align: center;">級</td> </tr> </table> ※「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。			視力		級	視野		級
視力		級						
視野		級						
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 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

(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

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)

(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。