



総括表

身体障害者診断書・意見書(視覚障害用)

氏名	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生	男・女																
住所																					
① 障害名(部位を明記) <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 視野障害 <input type="checkbox"/> 視力・視野障害																					
② 原因となった疾病・外傷名 <span style="float: right;">交通・労災・その他の事故 自然災害・疾病・先天性・その他( )</span>																					
③ 疾病・外傷発生年月日 <span style="float: right;">年 月 日・場所</span>																					
④ 参考となる臨床経過・手術経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む) <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                     障害固定又は障害確定(推定)                     <span style="float: right;">年 月 日</span> </div>																					
⑤ 総合所見(検査所見とADL所見との整合性等) <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                     [将来再認定]                     <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">再認定の時期 令和 年 月</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 再認定は不要</td> </tr> </table> </div>						<input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する	再認定の時期 令和 年 月	<input type="checkbox"/> 再認定は不要													
<input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する																					
再認定の時期 令和 年 月																					
<input type="checkbox"/> 再認定は不要																					
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。 令和 年 月 日 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印 病院又は診療所の名称 所在地 〒 電話番号																					
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] <p style="margin-top: 10px;">障害の程度は、_____級相当に_____ (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。</p> ※早見表による根拠 <table border="1" style="margin-top: 10px; width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">障害部位</th> <th style="width: 10%;">等級</th> <th style="width: 55%;">項目</th> <th style="width: 20%;">指数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>視力障害</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>視野障害</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						障害部位	等級	項目	指数	視力障害				視野障害				合計			
障害部位	等級	項目	指数																		
視力障害																					
視野障害																					
合計																					
注意 1 障害名欄には現在起こっている障害、例えば視力障害や視野障害等を選択し、原因となった疾病・外傷名欄には、糖尿病性網膜症、緑内障性視神経萎縮等原因となった疾患名を記入してください。 2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。 3 障害区分や等級決定のため、内容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	
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		

4 手術

手術予定	有 (目的: <input type="text"/> ) <input type="checkbox"/> 視覚障害の軽減見込み無し	有 (目的: <input type="text"/> ) <input type="checkbox"/> 視覚障害の軽減見込み無し
------	--	--

※手術予定がある場合、手術目的を記入すること。(例: 白内障、網膜剥離等)

※手術により障害の軽減が見込まれる場合には、手術施行後の症状が安定した状態で記入すること。

視  
野  
コ  
ピ  
ー  
貼  
付

※ 視野コピーは添付でも可。

(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。