

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 戰傷 戰災 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・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 (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〕								
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 ・該当する (級相当) ・該当しない		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">部 位</th> <th style="text-align: center;">等 級</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">視 力</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">視 野</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	部 位	等 級	視 力		視 野	
部 位	等 級							
視 力								
視 野								
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、原因となった疾患には、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。								

視覚障害の状況及び所見

1 視力

	裸眼視力	矯正能力
右眼		×
		D () c y l D A x
左眼		×
		D () c y l D A x

*指數弁の場合、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)

(

×

3

+

)

／ 4 =

度

視覚障害の状況及び所見

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)	
(4)	

点

(≥ 26 dB)

左

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

(

--

 \times 3 +

--

) / 4 =

--

 点

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

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。