

## 身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

総括表

氏名	大正 昭和 平成 令和	年 月 日生	男 ・ 女
住所			
障害名（部位を明記すること。）			
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（      ）	
疾病・外傷発生日	昭和 平成 令和	年 月 日	場所
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）	昭和 平成 令和 年 月 日
総合所見			
〔将来再認定 要（      ）年後 ・ 不要〕			
その他参考となる合併症状			
上記のとおり診断する。併せて次の意見を付す。			
令和 年 月 日			
病院又は診療所の名称			
所 在 地			
診療担当科名 眼 科 医師氏名 <span style="float: right;">㊟</span>			
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すること。）			
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（      級相当）			
・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 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ページ以降の部分につ 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

(1)又は(2)のいずれかにより計測する。

### (1) ゴールドマン型視野計

#### ア 周辺視野の評価 (I/4)

(ア) 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)
(イ) 両眼による視野が2分の1以上欠損 (はい・いいえ)										

#### イ 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)

(①又は②のうちいずれか大きい値) (①又は②のうちいずれか小さい値)

$$\left( \boxed{\phantom{00}} \times 3 + \boxed{\phantom{00}} \right) / 4 = \boxed{\phantom{00}} \text{度}$$

### (2) 自動視野計

#### ア 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

#### イ 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又は④のうちいずれか大きい値) (③又は④のうちいずれか小さい値)

$$\left( \boxed{\phantom{00}} \times 3 + \boxed{\phantom{00}} \right) / 4 = \boxed{\phantom{00}} \text{点}$$

## 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。