

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・令和	年	月	日生（ ）歳	男・女
住所					
① 障害名（部位も明記）					
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（障害程度の変化の見込） 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。					
令和 年 月 日					
病院又は診療所の名称					
所 在 地					
診療担当科名				科 医師氏名	
(印)					
（氏名を自署する場合は、押印を不要とする。）					
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	<p>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。</p> <p>2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」（別様式）を添付してください。</p> <p>3 障害区分や等級決定のため、静岡県社会福祉審議会からお問い合わせする場合があります。</p>				

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		

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。