身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

氏　名	年　月　日生	男・女
住　所		

1. 障害名(部位を明記)　**視力障害　・　視野障害**

1	0			
1	0			

2. 原因となった疾病・外傷名

10 交通、20 労災、30 その他の事故、40 戦傷、50 戦災、60 自然災害、70 疾病、80 先天性、90 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　(　重度化　・　その他　)・　不要
※ 再認定「要」のときは、重度化・その他 のいずれかにも○
※ 再認定理由が「その他」のときは、総合所見に理由を記載
再認定年月　　年　月

6. その他の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

勤務先
(所在地・名称・電話番号)

診療担当科名　　科　身体障害者福祉法第 15 条指定医師氏名

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〕

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)　〔内訳〕

視力障害	級
視野障害	級

・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、脳血管障害、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、豊中市社会福祉審議会から改めて診断内容についてお問い合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 DAx °
左眼		× D ⁀cyl DAx °

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

両眼中心視野角度 (Ⅰ/2)　(　(①と②のうち大きい方)　×3 ＋　(①と②のうち小さい方)　)/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)

両眼中心視野視認点数 (　(③と④のうち大きい方)　×3 ＋　(③と④のうち小さい方)　)/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してください。