

（1面）

視

	のりづけ	（再交付の場合を除く。）	のりづけ
	写真 （4cm×3cm） 脱帽のこと		写真 （4cm×3cm） 脱帽のこと

写真の裏面に市町村名及び氏名を記入すること。

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	市 郡	町 村	番地		
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、戦傷、戦災、 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（軽度化・重度化）・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る。					
年                      月                      日					
病院又は診療所の名称		市	町	番地	
所在地		郡	村		
診療担当科名		科	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					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 該当する                      （                      級相当）</li> <li>・ 該当しない</li> </ul>					
注意1 障害名の欄には、両眼視力障害等現在起こっている障害を記入し、原因となった疾病・外傷名の欄には、緑内障等障害の原因となった疾病等を記入するとともに、該当する事項を○で囲んでください（「その他」を囲んだ場合は、（                      ）内に具体的に記入してください。）。					
2 障害区分や等級決定のため、改めて状況及び所見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 )

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									①	度
左									②	度

両眼中心 ( ① と ② のうち大きい方 ) ( ① と ② のうち小さい方 )

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 ( $\geq 26$ dB )
左	④	点 ( $\geq 26$ dB )

両眼中心視野 ( ③と④のうち大きい方 ) ( ③と④のうち小さい方 )

視認点数 (   $\times 3 +$   )  $\div 4 =$   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。