

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		疾病、先天性、交通、労災、自然災害、 その他の事故、戦傷、戦災、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			
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 ⑦ (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。 〔将来再認定 不要（悪化） ・ 要（改善）〕 〔再認定の時期 年 月〕			
注意 1 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。 2 法別表に該当する障害の状態が更生医療の適用等により変化すると予想される疾患の一部を示せばおおむね次のとおりとなります。（平成12年3月31日 障第276号より）。 前眼部障害（パンヌス、角膜白斑）、中間透光体障害（白内障）、眼底障害（高度近視、緑内障、網膜色素変性、糖尿病網膜症、黄斑変性） 3 交付を受けた手帳の障害の程度が変化した場合は、再交付申請（等級変更）となり、一方、交付を受けた手帳に期限が付されている場合は、再認定申請となります。			

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)

	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