様式第12号（第５条関係）

**平成30年７月から**

**身体障害者診断書・意見書**(視覚障害用)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | 年 | |  | 月 |  | | 日生( | | |  | | ）歳 | | | 男・女 | | |
| 住　所 | |  | | **静岡市** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 将来再認定（障害程度の変化の見込み）　　　　　　　　　　　　　　要（時期　　　年　　　月）・　不 要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ７ | 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 | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
|  | 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。 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 障害区分がある場合は、その区分及び等級 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | （視力障害　　　級　、　視野障害　　　級） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （注）  １　障害名欄には現在起っている障害（両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等）を記入してください。  ２　原因となった疾病・外傷名欄には、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。  ３　障害区分や等級決定のため、静岡市健康福祉審議会から改めて別紙1から別紙13までについて、問い合せする場合があります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

別紙１

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 |  |

又は

　 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 | （≧26㏈） |
|  | 左 | ④ | 点 | （≧26㏈） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | （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 |  |  |

（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。

視野コピー貼付