

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)

	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 (≥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。