

身体障害者診断書・意見書

総括表

(視 覚 障 害 用)

氏 名	年 月 日生 () 歳	男 ・ 女						
住 所								
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、 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みます。)								
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 (軽減化・重度化) ・ 不要 】 (再認定時期								
年 月)								
⑥ その他参考となる合併症状								
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。								
年 月 日								
病院又は診療所の名称								
所 在 地								
電 話 番 号								
診療担当科名								
科 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	【障害程度等級についての参考意見】							
	内 訳	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">視力</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">級</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">視野</td> <td style="text-align: center;">級</td> </tr> </table>		視力	級		視野	級
	視力	級						
	視野	級						
備考								
1 「①障害名」には、病名ではなく現在起こっている障害 (視力障害、視野障害等) を記入してください。 2 「②原因となった疾病・外傷名」には、原因となった基礎疾患名 (緑内障、網膜色素変性症等) を記入してください。 3 障害区分や等級決定のため、相模原市社会福祉審議会審査部会から改めてお問合せする場合があります。								

視野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 (※視野図の添付が必要です)

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 ((①と②のうち大きい方) × 3 + (①と②のうち小さい方)) / 4 = 度
 角度 (I / 2)

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 ((③と④のうち大きい方) × 3 + (③と④のうち小さい方)) / 4 = 点
 視認点数

3 現症

	右	左
前眼部		
中間透光体		
眼底		

視野図のコピーを添付

(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。