



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						
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む。）						
障害固定又は障害確定（推定）						
年 月 日						
⑤ 総合所見（障害の程度を詳細に記入。）						
〔 将来再認定 要（軽症化・重症化） ・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。						
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						
(印)						
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						
・ 該当する（ 級相当）						
・ 該当しない						
<table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">視 力</td> <td style="padding: 2px;">級</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">視 野</td> <td style="padding: 2px;">級</td> </tr> </table>			視 力	級	視 野	級
視 力	級					
視 野	級					
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、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。						
2 障害区分や等級決定のため、明石市社会福祉審議会から改めて照会する場合があります。						

視覚障害者の状況及び所見

1. 視力

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

両眼中心視野角度 (I / 2) $(\text{①と②のうち大きい方} \times 3 + \text{①と②のうち小さい方}) / 4 = \text{ } \text{度}$

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)

両眼中心視野視認点数 $(\text{③と④のうち大きい方} \times 3 + \text{③と④のうち小さい方}) / 4 = \text{ } \text{点}$

3. 現症

	前眼部	中間透光体	眼底
右			
左			

視野障害は視野計の結果を貼付してください。

(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してください。

