

身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

総括表

氏名	明治 大昭和 平成	年 月 日生 () 歳	男・女
住所			
障害名（部位を明記）			
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 疾病 先天性 その他 ()		
疾病・外傷発生日	年 月 日	場所	
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			
総合所見			
【将来再認定 要（軽度化・重度化）・不要】 （再認定の時期 年 月）			
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〕			
等級表による個別等級			
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	部 位	等 級	項 目
	視 力		
	視 野		
注意 1 障害名には、現在起っている障害、例えば視力障害等を記入し、原因となった疾病には、糖尿病性網膜症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、地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分について問い合わせる場合があります。			

視覚障害の状態及び所見

1 視力

	裸眼	矯正
右	(× D C y l D A x)	
左	(× D C y l D A x)	

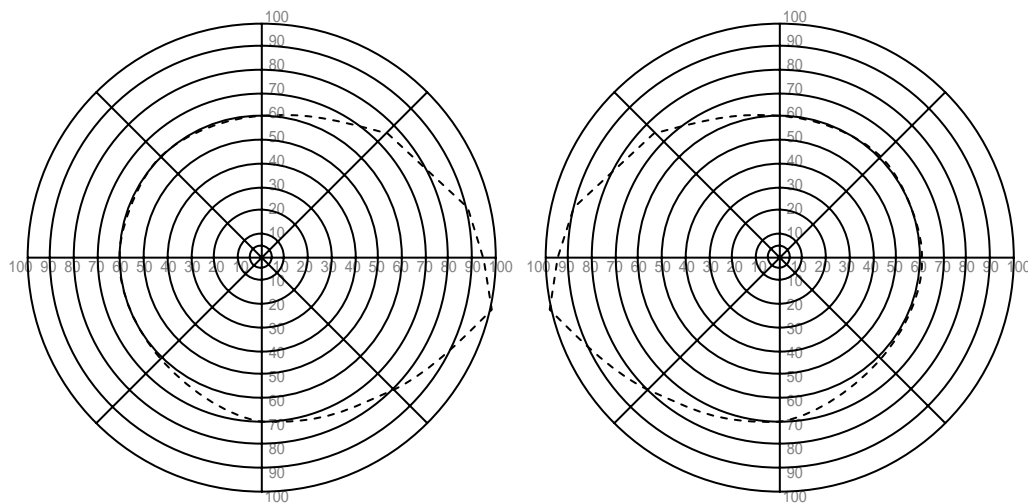
2 視野

視標[/]

求心性視野狭窄の有無 (有 ・ 無)

右

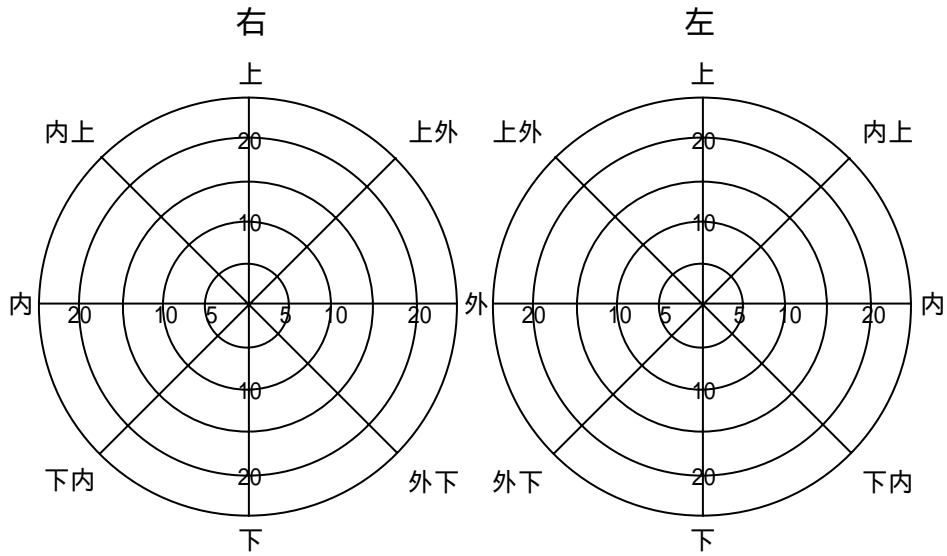
左



注 視野障害の計測は点線で囲まれた正常視野の範囲内で行うものとする。

3 中心視野

視標[/]



	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計	視能率	損失率
右										%	%
	度	度	度	度	度	度	度	度	度	(÷ 560 × 100)	(100 -)

	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計	視能率	損失率
左										%	%
	度	度	度	度	度	度	度	度	度	(÷ 560 × 100)	(100 -)

$\frac{(\text{とのうち大きい方}) + (\text{とのうち小さい方}) \times 3}{4}$		<table border="1"> <tr> <th>両眼の損失率</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> </table>	両眼の損失率	%
両眼の損失率				
%				

4 現症

	右	左
外 眼		
中間透光体		
眼 底		