

身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

総括表

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		
〔将来再認定 要・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 担当診療科名 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〕		
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
	視 力	
	視 野	
注		
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、緑内障、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 「障害の状態及び所見を記載した書面」（別様式）を添付してください。		
3 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問い合わせる場合があります。		

1 視力

	裸眼視力	矯正能力
右眼		× D (cyl D A x °
左眼		× D (cyl D A x °

* 指数弁の場合、距離 (30cm 等) も記載 * 矯正不能の場合、その旨を記載

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)

$$\left(\square \times 3 + \square \right) / 4 = \square \text{ 度}$$

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	(≥ 26 dB)
左	④		点	(≥ 26 dB)

(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

$$\left(\boxed{} \times 3 + \boxed{} \right) \div 4 = \boxed{} \text{ 度}$$

3 現症

	右	左
前眼部		
中間透光体		
眼 底		

視覚障害の状況及び所見

視野 コピー 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明確に区分できるように記載すること。