

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	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、 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						
〔軽度化による将来再認定 要 ・ 不要〕 〔（再認定の時期 年 月 月後）〕						
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 ㊦						
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						
<ul style="list-style-type: none"> ・該当する（ 級相当） 内訳 ・該当しない 		<table border="1"> <tr> <td>視力</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>視野</td> <td>級</td> </tr> </table>	視力	級	視野	級
視力	級					
視野	級					
<p>注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。</p>						

視覚障害の状況及び所見

1 視力

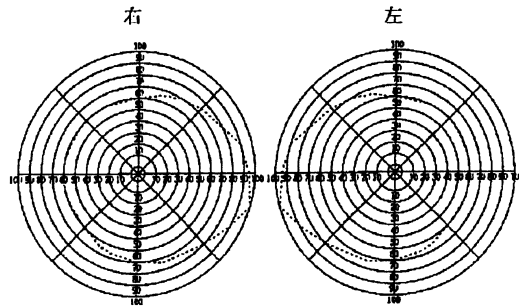
	裸眼	矯正	矯正眼鏡	
右			× D Cyl	D Ax
左			× D Cyl	D Ax

・ 明暗弁(光覚弁)及び手動弁は視力0、指数弁(50cm以下)は0.01として計算します。

2 視野

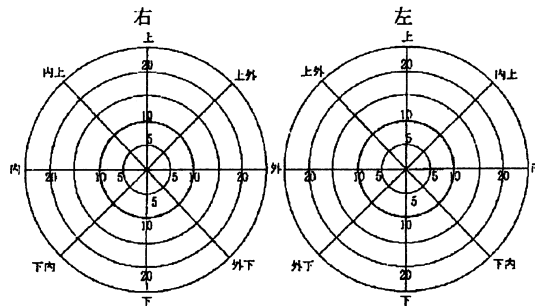
(1) 周辺視野

- ・ 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します。
- ・ ゴールドマン視野計の1/4の視標(それ以外の測定方法の場合は、これに相当する視標)で測定してください。



(2) 中心視野

- ・ 周辺視野で求心性視野狭窄さくの有る場合(1/4の視標で10度以内)のみ測定してください。
- ・ ゴールドマン視野計の1/2の視標(それ以外の測定方法の場合は、これに相当する視標)で測定してください。



求心性視野狭窄さくの有無
(有・無)

右	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計①	視能率②	損失率③
	度	度	度	度	度	度	度	度	度	度	% (①÷560×100)
左	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計④	視能率⑤	損失率⑥
	度	度	度	度	度	度	度	度	度	度	% (④÷560×100)

(③と⑥のうち大きい方)

(③と⑥のうち小さい方)×3

+

4

両眼の損失率
%

3 現症

	右	左
外眼		
中間透光体		
眼底		