

様式第3

身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

総括表

氏名	大正 昭和 平成 令和	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（レントゲン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	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			
・該当する ・該当しない	(級相当)	⇒ 視力障害 視野障害
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、両眼の視力障害等を記入し、原因となった疾患には、緑内障、糖尿病、ベーチェット病、角膜混濁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、お問い合わせする場合があります。			

視覚障害の状況及び所見

1 視 力

	裸眼視力	矯正視力		
右眼		×	D	— cyl
左眼		×	D	— cyl

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

$$\text{両眼中心視野角度 (I / 2)} \times 3 + \text{ } \times 4 = \text{ } \text{度}$$

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 (≥26 dB)
左	④	点 (≥26 dB)
両眼中心視野視認点数	(× 3 +) / 4 = 点	

3 現 症

	右	左
前眼部		
中間透光体		
眼 底		

視野
コピ
ー貼付

(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、どのイソプラが 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。