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  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署又は記名押印） | | | | | | |
| 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）　　視力障害　　　　　級  ・該当しない　　　　　　　　　　　　　　　　視野障害　　　　　級 | | | | | | |
| 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  った疾病には、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　　 　　　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) | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  * 1. 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） | （ |  | ×３　　+ |  | ）／４＝ |  | 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㏈） | | 左 | ④ | 点（≧26㏈） |   （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 | （ |  | ×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すること。 |