視覚障害診断書（難病患者）

氏名	年　　月　　日生
住所	
疾患名	

経過　症状の変動状況

視　力

	裸眼	矯正
右	（　　×　　DCy 1　　DAx　　）	
左	（　　×　　DCy 1　　DAx　　）	

※　網膜色素変性症の方のみ視野表（1／4の視標を用いる）のコピーを添付ください。

上記のとおり診断する。

年　　月　　日

病院又は診療所の名称

診療担当科名　　科

医師名

診断書は、身体障害者福祉法第15条に定める指定医師で視覚障害の指定を受けている者、または障害者総合支援法第59号に定める自立支援医療を主として担当する医師が作成すること。及び難病拠点病院または難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された専門医が作成すること。