

身体障害者診断書・意見書 (視覚障害)

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、 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		
軽度化による将来再認定 要 (時期 年 月) ・ 不要		
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) ・ 該当しない 		
注意 1 障害名には現在起っている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入して下さい。 2 障害区分や等級決定のため、富山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。		

視覚障害者の状況及び所見

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) 周囲視野の評価 (I / 4)

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右										度 (≦80)
左										度 (≦80)

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
両眼の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 (≧26dB)

左 ④ 点 (≧26dB)

(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1/4の視標によるものか、1/2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。