

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		外傷・疾病 先天性・その他（ ）						
③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日								
④ 参考となる経過・現症（画像診断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（再認定の項目も記入）								
[将来再認定 要（軽度化・重度化） ・ 不要] [再認定の時期 1年後 ・ 3年後 ・ 5年後]								
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	電 話 （ ）							
所 在 地								
診 療 担 当 科 名	科 医師氏名	印						
身体障害者福祉法第15条第3項の意見								
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。	障害程度等級についての参考意見 級相当 <table border="1" style="float: right; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="text-align: center;">内訳</td> <td style="text-align: center;">等 級</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">視力</td> <td style="text-align: center;">級</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">視野</td> <td style="text-align: center;">級</td> </tr> </table>		内訳	等 級	視力	級	視野	級
内訳	等 級							
視力	級							
視野	級							

注 障害区分や等級決定のため、八王子市から改めて問い合わせる場合があります。

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)

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

(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 (≧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 I / 4 の指標によるものか、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。