

診断書の作成は身体障害者福祉法第15条に規定する医師に限られます。**総括表 身体障害者診断書・意見書 （視覚障害用）**

氏 名		生年 月 日	年 月 日（ 歳）	男・女				
住 所	〒							
① 障害名（部位を明記）			障害の状況及び所見 別紙のとおり					
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（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）								
[将来軽度化による再認定 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。併せて下記の意見を付す。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 電 話 番 号 診療担当科名 科 指定医師氏名 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すること。〕								
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） ・該当しない		<table border="1"> <tr> <td>視力</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>視野</td> <td>級</td> </tr> </table>			視力	級	視野	級
視力	級							
視野	級							
注 1 障害名の欄には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害等を記入し、原因となった疾病の欄には緑内障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、牛久市から改めて障害の状況及び所見について問合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	⌒	c y l	D	A x	°
左眼		×	D	⌒	c y l	D	A x	°

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 (どちらかに○)									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

両眼中心
視野角度(I / 2)

(①と②のうち大きい方)
(

× 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)

両眼中心視野
視認点数

(③と④のうち大きい方)
(

× 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。