

身体障害者診断書・意見書(

視覚 障害用)

総括表

氏 名	明治 大正 昭和 平成	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(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			
〔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 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) ・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ください。 2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・ 意見書」(別様式)を添付してください。 3 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 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	A x °
左眼		×	D	⌒	cyl	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 (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 + (①と②のうち小さい方) / 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 + (③と④のうち小さい方) / 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。

障害者診断書・意見書の作成について（視覚障害）

【障害固定とみなす要件】

- 急性増悪期段階を終了後、「3ヶ月」以上経過した症状が安定した時期の検査所見であること。ただし、白内障に係る障害については、手術後より長期的な経過観察が必要。

<例外>

無眼球については、すでに障害の永続性が確認できるため「3ヶ月未満」でも申請可能。

※症状によっては、上記を満たしていても障害固定と判断されない場合があります。

【留意点】

- 検査年月日については、診断日から「6ヶ月以内」であること。