

視

身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|
| 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（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 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 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 該当する （ 級相当） ・ 該当しない | | |
| <p>注1 障害名の欄には，両眼視力障害，両眼視野障害等と記入し，原因となった疾病・外傷名の欄には，角膜混濁等障害の原因となった疾病等を記入するとともに，該当する事項を○で囲んでください（「その他」を囲んだ場合は（ ）内に具体的に記入してください。）。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため，改めて状況及び所見についてお問い合わせする場合があります。</p> | | |

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)

ア 両目の視野が中心 10 度以内

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

イ 両目による視野が 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)

$$\left(\text{ } \times 3 + \text{ } \right) / 4 = \text{ } \text{度}$$

又は自動視野計

(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

(③と④のうち大きい方) (③と④のうち小さい方)

視認点数

$$\left(\text{ } \times 3 + \text{ } \right) / 4 = \text{ } \text{点}$$

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。