

身体障がい者診断書・意見書(視覚障がい用)

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	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		
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） 1 障害名には、現在起こっている障害、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 障害区分や等級決定のため、山形市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)

イ 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)

ロ 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又は②のいずれか高い数値
①又は②のいずれか低い数値
両眼中心視野角度 (I / 2) (× 3 +) / 4 = 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)

③又は④のいずれか高い数値
③又は④のいずれか低い数値
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。