

様式第 3

身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

総括表

氏 名	大正 昭和 平成 令和	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（レントゲン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 (自署又は記名押印)			
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) ← [視力障害 級] ・該当しない [視野障害 級]			
注 意			
1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両眼の視力障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、糖尿病、ベーチェット病、角膜混濁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、地方社会福祉審議会から改めて次頁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 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

両眼中心視野角度 (I / 2) ((× 3 +) / 4 = 度)

(①と②のうち大きい方) (①と②のうち小さい方)

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 (≥26 dB)

左 ④ 点 (≥26 dB)

両眼中心視野視認点数 ((× 3 +) / 4 = 点)

(③と④のうち大きい方) (③と④のうち小さい方)

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。