

# 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 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 参考となる経過及び現症（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			
[軽減化による再認定 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。併せて以下の意見を付します。 年 月 日 病院又は診療所の名称 電話（ ） 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のこと。） 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		視力	級
※「該当する」「該当しない」の選択及び意見等級は、必ず記載してください		視野	級
注 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 総合所見には、将来の障害の軽減化による再認定の必要性及び再認定を行うべき時期を必ず記入してください。 3 障害区分や等級決定のため、改めて身体障害者診断書・意見書の記述内容についてお問い合わせする場合があります。 4 程度変更に伴う再申請については、新しく追加となる障害内容の記載のみではなく、現在の手帳の障害内容についても障害が存在していれば、併せて診断書に記載してください。			

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) ( (  × 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 (≧26dB)

左 ④  点 (≧26dB)

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。