

身体障害者診断書・意見書(視覚障害用)

氏名	大正 昭和 平成 令和	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 令和 年 月)			
⑥ その他参考となる合併症状			
上記のとおり診断し、併せて次の意見を付する。			
令和 年 月 日		病院又は診療所の名称 所在地 電話番号 診療担当科名 氏名 科	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見			
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	
[障害部位ごとの等級、障害の内容及び指数についての参考意見]			
障害部位	等級	障害の内容	指数
総合	級	合計	点
注意 1 この書類は、身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定を受けた医師が作成すること。 2 この書類には、障害の種類に応じて知事が別に定める様式による障害の状況及びこれに係る所見を記載した書類を添付すること。			

視覚障害診断書様式

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 【視野検査理解の有無（有・無）】 測定不能の場合は、余白に「測定不能」と記入してください。
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、どのインプタが 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。