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　大阪府寝屋川市 | | | | | | | | | | | | | |
| 1．障害名(該当するものに○)**視力障害・視野障害** | | | | | | |  | | | | | |  |
| 1 | 0 |  | |  |  |
| 1 | 0 |  | |  |  |
|  | | | | | |
| 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（重度化・軽度化）・不要 | | | | | | | | | | | | | |
| 再認定年月　　　　　　　年　　月 | | | | | | | | | | | | | |
| 6．その他の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  　　　　　勤務先  　　　　　(所在地・名称・電話番号)　　　　身体障害者福祉法第  　　　 診療担当科名　　科　　　　　　　15条指定医師氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |

〔注意〕　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、脳血管障害、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、改めて診断内容についてお問い合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　　　　 DAx 　゜ | | 左眼 |  | ×　　　　D　　cyl　　　　 DAx 　゜ |  1. **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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 度 |   両眼中心　　　 　(①と②のうち大きい方) (①と②のうち小さい方)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 視野角度 | (Ⅰ/2) | ( |  | ×3 + |  | )/4＝ |  | 度 |   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　 　(③と④のうち大きい方) (③と④のうち小さい方)   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 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。 |