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。 |