

身体障害者診断書・意見書(視覚障害用)

総括表

氏名	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		外傷・疾病 先天性・その他()						
③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日								
④ 参考となる経過・現症(画像診断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(再認定の項目も記入)								
[将来再認定 要(軽度化・重度化) ・ 不要] [再認定の時期 1年後 ・ 3年後 ・ 5年後]								
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		電話 ()						
所 在 地								
診 療 担 当 科 名		科 医師氏名 印						
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	障害程度等級についての参考意見							
・ 該当する。	級相当	<table border="1"> <tr> <td>内 訳</td> <td>等 級</td> </tr> <tr> <td>視 力</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>視 野</td> <td>級</td> </tr> </table>	内 訳	等 級	視 力	級	視 野	級
内 訳	等 級							
視 力	級							
視 野	級							
・ 該当しない。								

注 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。

第3号様式（第3条関係）

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) ((①と②のうち大きい方) × 3 + (①と②のうち小さい方)) / 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)

両眼中心視野視認点数 ((③と④のうち大きい方) × 3 + (③と④のうち小さい方)) / 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。

(日本工業規格 A 列 3 番)