

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（ ）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 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 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す。								
年 月 日								
病院又は診療所の名称 所 在 地 担当診療科名 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〕								
等級表による個別等級								
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">部 位</th> <th style="width: 70%;">等 級</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">視 力</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">視 野</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		部 位	等 級	視 力		視 野	
部 位	等 級							
視 力								
視 野								
<ul style="list-style-type: none"> ・該当する（ 級相当） ・該当しない 								
注								
<ol style="list-style-type: none"> 1 障害名には、現在起こっている障害、例えば視力障害等を記入し、原因となった疾病には、糖尿病性網膜症等原因となった疾患名を記入してください。 2 「障害の状態及び所見を記載した書面」（別様式）を添付してください。 3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて問い合わせる場合があります。 								

視覚障害の状態及び所見

1 視力

	裸眼	矯正	
			※ 指数弁の場合、距離（30cm等）も記載 ※ 矯正不能の場合、その旨を記載
右	(× DC y l DA x)		
左	(× DC y l DA x)		

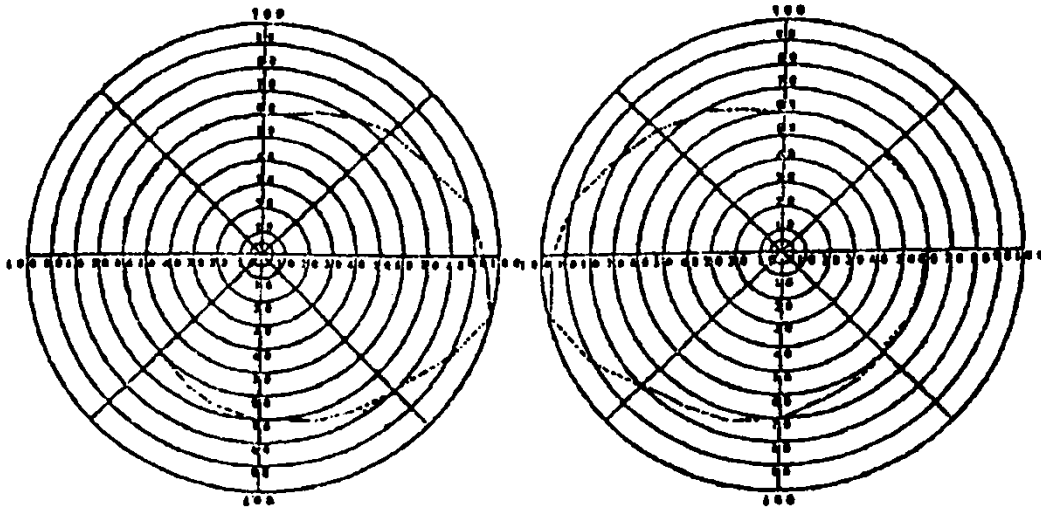
2 視野

視標 [I / 4]

求心性視野[※]狭窄の有無（有 ・ 無）

右

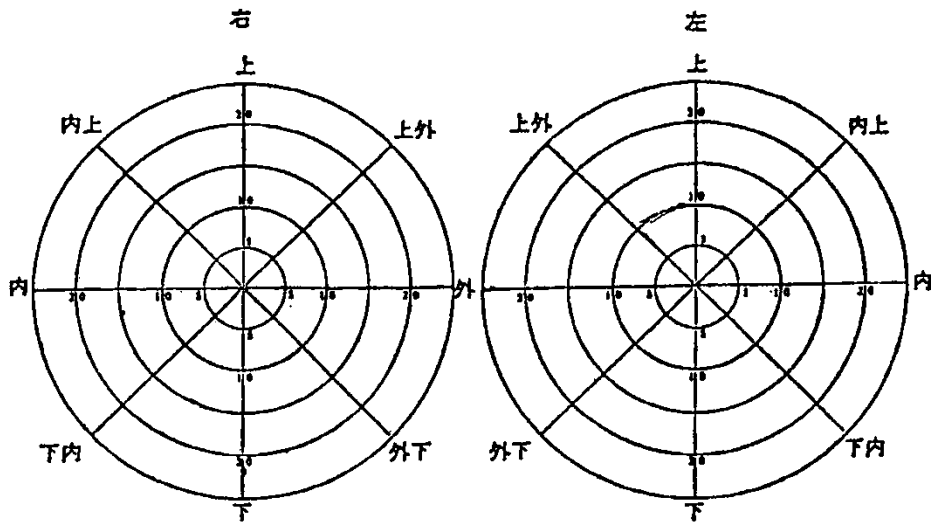
左



- 注1 視野障害の計測は点線で囲まれた正常視野の範囲内で行うものとする。
- 注2 測定不能の場合、その旨記入
- 注3 自動視野計による場合、検査結果（写し）を添付

3 中心視野

視標 [I / 2]



視能率の測定は、I / 2 の視標を用いて測定した中心視野による

	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計①	視能率②	損失率③
右										%	%
	度	度	度	度	度	度	度	度	度	(① ÷ 560 × 100)	(100 - ②)

	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計④	視能率⑤	損失率⑥
左										%	%
	度	度	度	度	度	度	度	度	度	(④ ÷ 560 × 100)	(100 - ⑤)

注 各計算 (②、⑤、⑦) における百分率の小数点以下は四捨五入とし、整数で表す。

$\frac{(\text{③と⑥のうち大きい方}) + (\text{③と⑥のうち小さい方}) \times 3}{4}$		両眼の損失率 ⑦
		%

4 現症

	右	左
外 眼		
中間透光体		
眼 底		