

視覚障害の状況及び所見

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 戰傷 戰災 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 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 (印)		
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 ・該当する (級相当) ・該当しない	部位	等級
	視力	
	視野	
注		
1 障害名には、現在起っている障害、例えば視力障害等を記入し、原因となった疾患には、緑内障、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	矯正能力
右眼		×
		D $\begin{array}{c} \diagup \\ \diagdown \end{array}$ c y l D A x
左眼		×
		D $\begin{array}{c} \diagup \\ \diagdown \end{array}$ c y l D A x

*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

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

(①と②のうち大きい方)

(①と②のうち小さい方)

両眼中心
視野角度
(I / 2)

(

$\times 3 +$

) / 4 =

度

視覚障害の状況及び所見

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 ブロボラム)

右

③	
④	

点

(≥ 26 dB)

左

点

(≥ 26 dB)

(③と④のうち大きい方)

(③と④のうち小さい方)

両眼中心

視野

視認点数

--

$\times 3 +$

--

) $\diagup 4 =$

--

度

3 現症

	右	左
前眼部		
中間透光体		
眼底		

視覚障害の状況及び所見

視
野
コ
ピ
ー
添
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明確に区分できるように記載
すること。