

仙台市用

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,  
自然災害, 疾病, 先天性, その他( )

③ 疾病, 外傷発生日 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。)

障害固定または障害確定(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

上記の通り診断する。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

診療担当科名

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

視力	級
視野	級

注意

1. 障害名には現在起こっている障害, 例えば両眼失明, 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, 脳卒中, 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. 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については, 「歯科医師による診断書・意見書」(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次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。
4. 7級の障害が一つのみ場合は身体障害者手帳の交付対象となりません。

氏名:

1. 視力 ※裸眼視力と矯正視力の両方をご記載ください。矯正不能の場合はその旨を記載してください。

	裸眼視力	矯正視力						
右眼		×	D	⊖	cyl	D	Ax	°
左眼		×	D	⊖	cyl	D	Ax	°

2. 視野 ※視野図を添付してください。

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)

※周辺にも視野が存在するが中心部の視野と連続していない場合は、中心部の視野のみで評価すること。

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		

氏名:

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、どのインプタがI/4の視標によるものか、  
(注) I/2の視標によるものかを明確に区別できるように、I/4の視標によるインプタを赤字、I/2の視標  
によるインプタを青字で書くなどにより、明確に区別できるように記載すること。

視野  
コピー  
貼付