

総括表

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																		
① 障害名(部位を明記) <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 視野障害 <input type="checkbox"/> 視力・視野障害																		
② 原因となった疾病・外傷名 交通・労災・その他の事故 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 参考となる臨床経過・手術経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む) <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日 </div>																		
⑤ 総合所見(検査所見とADL所見との整合性等) <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> [将来再認定] <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">再認定の時期 年 月 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 再認定は不要</td> </tr> </table> </div>			<input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する	再認定の時期 年 月	<input type="checkbox"/> 再認定は不要													
<input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する																		
再認定の時期 年 月																		
<input type="checkbox"/> 再認定は不要																		
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。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 病院又は診療所の名称 所 在 地 〒 電 話 番 号 </div>																		
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、_____級相当に_____（身体障害者福祉法別表に掲げる障害に）該当する。 ※早見表による根拠																		
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">障 害 部 位</th> <th style="width:10%;">等 級</th> <th style="width:55%;">項 目</th> <th style="width:20%;">指 数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>視力障害</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>視野障害</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>合 計</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			障 害 部 位	等 級	項 目	指 数	視力障害				視野障害				合 計			
障 害 部 位	等 級	項 目	指 数															
視力障害																		
視野障害																		
合 計																		
注意 1 障害名欄には現在起こっている障害、例えば視力障害や視野障害等を選択し、原因となった疾病・外傷名欄には、糖尿病性網膜症、緑内障性視神経萎縮等原因となった疾患名を記入してください。 2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。 3 障害区分や等級決定のため、内容についてお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

(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) (× 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)

(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 (× 3 +) / 4 = 点

3 現症

	右	左
前眼部		
中間透光体		
眼底		

4 手術

手術予定	有 (目的: <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 視覚障害の軽減見込み無し	有 (目的: <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 視覚障害の軽減見込み無し
------	--	--

※手術予定がある場合、手術目的を記入すること。(例: 白内障、網膜剥離等)

※手術により障害の軽減が見込まれる場合には、手術施行後の症状が安定した状態で記入すること。

視
野
コ
ピ
ー
貼
付

※ 視野コピーは添付でも可。

(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。