総括表　　身体障害者診断書・意見書(視覚障害用)

氏　名	明治 大正 昭和 平成　　年　　月　　日生	男　・　女
住　所		
①　障害名(部位を明記)	□視力障害 □視野障害 □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	平成　　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) 障害固定又は障害確定(推定)　平成　　年　　月　　日		
⑤　総合所見（検査所見とADL所見との整合性等） 〔将来再認定〕 □　軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期　平成　　年　　月 □　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。

平成　　年　　月　　日

診療担当科名　　科　　15条指定医師氏名　　印

病院又は診療所の名称

所　在　地　〒

電　話　番　号

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

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

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		

4　手　術

手術予定	有（目的：　　） □ 視覚障害の軽減見込み無し	有（目的：　　） □ 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。