

様式第1号

(表 面)

特別児童扶養手当認定診断書

(眼の障害用)

(ふりがな) 氏名		生年月日	平成・令和 年 月 日生(歳)	性別	男・女					
住所		住所地の郵便番号 (-)	都道府県	郡市区						
① 障害の原因 となった 傷病名	② 傷病の発生年月日		平成 令和	年 月 日	・診療録で確認 ・本人の申立					
	③ ①のため初めて医師の診断を受けた日		平成 令和	年 月 日	・診療録で確認 ・本人の申立					
④ 傷病の原因 又は誘因	・先天性 ・後天性(疾病・不慮災・その他) 初診年月日(平成・令和 年 月 日)	⑤ 既存 障害	⑥ 既往症							
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。)かどうか。		傷病が治っている場合 …………… 治った日 平成・令和 年 月			確 認 推 定					
⑧ 診断書作成医療機関 における初診時所見 初診年月日 (平成・令和 年 月 日)		傷病が治っていない場合 …………… 症状のよくなる見込 有 ・ 無 ・ 不明								
⑨ 現在までの治療の 内容、期間、経過、 その他参考となる 事項		診療回数	年間	回、月平均	回					
		手術歴	部 位 左 ・ 右 眼球摘出 ・ その他の手術 手術名() 手術年月日(年 月 日)							
⑩ 障 害 の 状 態 (令和 年 月 日現症)										
(1) 視力		(3) 所見								
裸眼 矯正視力		右 左								
右	x D cyl D Ax °	前眼部								
左	x D cyl D Ax °	中間透光体								
		眼底								
(2) 視 野 ※ 視野図のコピーを添付してください。										
・ 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してください。										
・ 自動視野計を用いた場合は、両眼開放エスターマンテストの検査結果及び10-2プログラムの検査結果がわかるものを添付してください。										
① ゴールドマン型視野計										
(ア) 周辺視野の評価(I/4)										
周辺視野の角度										
	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右										度
左										度
(イ) 中心視野の評価(I/2)										
中心視野の角度										
	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右									a	度
左									b	度
(aとbのうち大きい方) (aとbのうち小さい方)										
両眼中心視野角度(I/2) () × 3 + () / 4 = () 度										
② 自動視野計										
(ア) 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										
(イ) 中心視野の評価(10-2プログラム)										
右	c	点(≥26dB)	(cとdのうち大きい方) (cとdのうち小さい方)							
左	d	点(≥26dB)	() × 3 + () / 4 = () 点							
⑪ 現症時の日常生活活動能力 (必ず記入してください。)										
⑫ 予 後 (必ず記入してください。)										

