

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、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;"> <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="margin-top: 10px;"> 年 月 日 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 (署名または記名押印) 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〕 <p style="margin-top: 10px;">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。</p> ※早見表による根拠 <table border="1" style="margin-top: 10px; width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">障 害 部 位</th> <th style="width: 10%;">等 級</th> <th style="width: 50%;">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 <ol style="list-style-type: none"> 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、両眼糖尿病性網膜症、両眼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。