第６号様式

**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　船橋市 |
|  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（　　　　）※上記のいずれかを必ず選択してください |
|  ③ 疾病・外傷発生年月日　　　　　　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。） 障害固定又は障害確定（推定）　　　年　　月　　日※診断日以前の日付をご記入ください |
|  ⑤ 総合所見〔将来再認定：　要 ・ 不要 〕　要の場合再認定の理由（重度化・軽度化）再認定の時期（　　　年　　月）※診断日から１年以上５年以内の期間でご記入ください |
|  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。 　　　　年　　月　　日 |
|  | 病院又は診療所の名称所　 　 　在　　　 地担当診療科名　　 　科　医師氏名　　　　 　　　　　　 |
|  身体障害者福祉法第１５条第３項の意見〔障害程度等級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 | 部位 | 等級 |  |
| 視力 |  |
| 視野 |  |
|  |
| 注 | １　障害名には、現在起こっている障害、例えば両眼視力障害等を記入し、原因となった疾病には、糖尿病性網膜症等原因となった疾患名を記入してください。２　「障害の状況及び所見」を記載した書面（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問い合わせする場合があります。 |

身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する指定医師の診断を受けてください

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　　　° |

( )( )　**※指数弁の場合、距離（30cm等）も記載　　※矯正不能の場合、その旨を記載**２　視野ゴールドマン型視野計（１）　周辺視野の評価（Ⅰ／４）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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） |  |  |

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 |  |  |  |  |  |  |  |  | ① | 度 |
| 左 |  |  |  |  |  |  |  |  | ② | 度 |

（２）　中心視野の評価（Ⅰ／２）（①と②のうち大きい方）　　（①と②のうち小さい方）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ |  | ×３ | ＋ |  | ）/４＝ |  | 度 |

両眼中心視野角度（Ⅰ／２）または自動視野計

|  |  |
| --- | --- |
|  | 点 |

（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 　 （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）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ |  | ×３ | ＋ |  | ）/４＝ |  | 度 |

両眼中心視野視認点数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 右 | 左 |
| 前眼部 |  |  |
| 中間透光体 |  |  |
| 眼底 |  |  |

３　現症 |

ー

（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、

視 野 コ ピ

貼 付

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。