

身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

総括表

氏 名	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生（ 歳）	男・女						
住 所 札幌市 区								
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（ ）						
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								
⑤ 総合所見								
[将来再認定 要・不要] [再認定の時期 年 月]								
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 診 療 担 当 科 名 科 指定医師氏名								
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] 障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる基準に								
・該当する（ 級相当） ・該当しない （※右表の個別等級についてもご記載ください。）		等級表による個別等級 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50%;">部位</td> <td style="width: 50%;">等級</td> </tr> <tr> <td>視力</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>視野</td> <td>級</td> </tr> </table>	部位	等級	視力	級	視野	級
部位	等級							
視力	級							
視野	級							
注意 1 ①の障害名には「視力障害」「視野障害」の別を記入し、②の原因となった疾病・外傷名には、糖尿病性網膜症、緑内障、加齢黄斑変性等障害の分野別に疾病・外傷名を記入してください。 2 診断書・意見書の記載欄は全てご記入ください。なお、記載漏れなどの書類上の不備や不整合な点がある場合には、区役所等から問い合わせる場合があります。また、必要に応じて、関係する検査データを提出していただく場合もあります。 3 障害区分や等級決定のため、札幌市社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分について問い合わせる場合があります。								

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)

ア 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)

イ 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) (①と②のうち小さい方)
 (× 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)

両眼中心視野
視認点数 (③と④のうち大きい方) (③と④のうち小さい方)
(× 3 +) / 4 = 点

3 現 症

	右	左
前 眼 部		
中 間 透 光 体		
眼 底		

視野
コピー
貼付

(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。