

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 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、 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） 平成 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 印								
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		等級表による個別等級						
<ul style="list-style-type: none"> ・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。）		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">部位</th> <th style="width: 50%;">等級</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>視力</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>視野</td> <td>級</td> </tr> </tbody> </table>	部位	等級	視力	級	視野	級
部位	等級							
視力	級							
視野	級							
注意 1 障害名には現在起っている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」（別様式）を添付してください。 3 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があります。 4 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。 5 四肢体幹に器質的異常がなく、他覚的に平衡機能障害が認められる中枢性平衡失調については、肢体不自由の四肢体幹機能障害ではなく平衡機能障害による認定になりますので、平衡機能障害用の診断書・意見書をご使用ください。 また、平衡機能障害と肢体不自由との重複認定はできません。								

視覚障害の状況及び所見

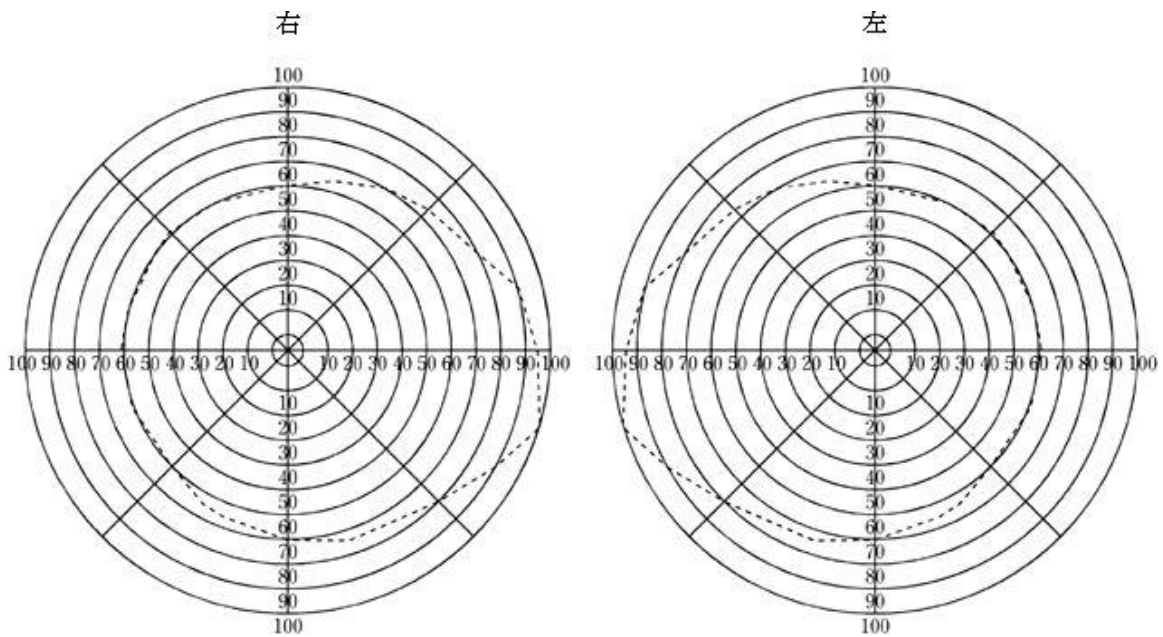
1 視力

	裸眼	矯正	
右		×	DCyl DAx
左		×	DCyl DAx

2 視野

求心性視野狭窄の有無 (有 ・ 無) 輪状暗点の有無 (有 ・ 無)

※有無を○で囲んでください。

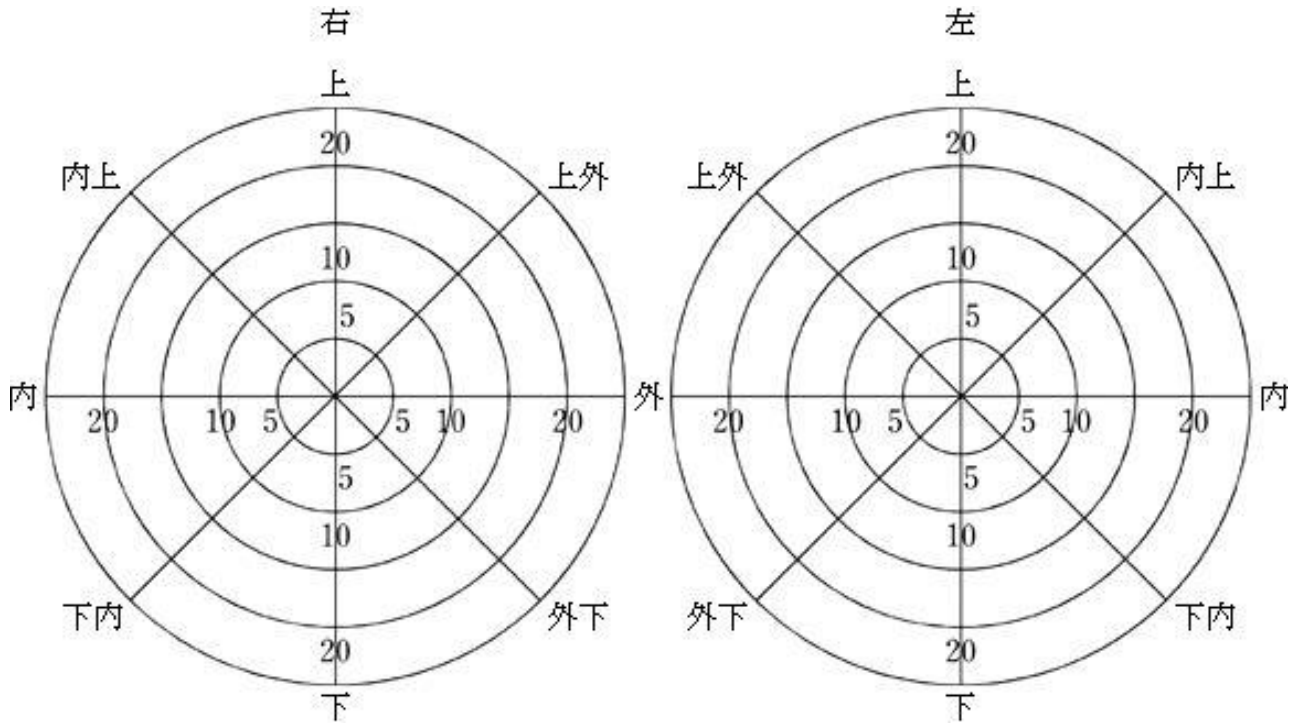


視野障害の計測は点線で囲まれた正常視野の範囲内で行うものとする。

〔備考〕

ゴールドマン視野計を用いる場合は I / 4 の視標、それ以外の測定方法によるときは、これに相当する視標で測定してください。

3 中心視野



〔備考〕

ゴールドマン視野計を用いる場合はI / 2の視標、それ以外の測定方法によるときは、これに相当する視標で測定してください。

右	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計①	視能率②	損失率③
	度	度	度	度	度	度	度	度	度	% (①÷560×100)	% (100-②)

左	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計④	視能率⑤	損失率⑥
	度	度	度	度	度	度	度	度	度	% (④÷560×100)	% (100-⑤)

$$\frac{(\text{③と⑥のうち大きい方}) + (\text{③と⑥のうち小さい方}) \times 3}{4}$$

両眼の損失率
%

4 現 症

	右	左
外 眼		
中間透光体		
眼 底		