

身体障がい者診断書・意見書 ( 視覚 ) 障がい用

総括表

氏 名	年 月 日生 ( )歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						
住 所								
① 障がい名(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。)								
		障がい固定又は障がい確定(推定) 年 月 日						
⑤ 総合所見								
		〔将来再認定 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 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 医師氏名								
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障がい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障がいに		等級表による個別等級						
・ 該当する ( 級相当) ・ 該当しない		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;">部 位</th> <th style="width:50%;">等 級</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	部 位	等 級				
部 位	等 級							
注意 1 障がい名には現在起こっている障がい、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障がい等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、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」(別紙2(その2))を添付してください。 3 障がい区分や等級決定のため、豊田市社会福祉審議会から改めて問合せする場合があります。								

様式第1号 (別紙1)  
視覚障がいの状態及び所見

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

両眼中心視野角度 (I/2) (①と②のうち大きい方) × 3 + (①と②のうち小さい方) / 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 + (③と④のうち小さい方) / 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。