

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	男 女					
住 所							
① 障害名(部位を明記)							
② 原因となった疾病・ 外 傷 名		外傷・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							
④ 参考となる経過・現症(画像診断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(再認定の項目も記入)							
[将来再認定 要(軽度化・重度化)・不要] [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]							
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 電話 () 所 在 地 診 療 担 当 科 名 科 医師氏名 印							
身体障害者福祉法第15条第3項の意見							
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障 害に <ul style="list-style-type: none"> ・該当する。 ・該当しない。 	障害程度等級についての参考意見 級相当 <table border="1" style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">内 訳</td> <td style="padding: 2px;">等 級</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">視力</td> <td style="padding: 2px;">級</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">視野</td> <td style="padding: 2px;">級</td> </tr> </table>	内 訳	等 級	視力	級	視野	級
内 訳	等 級						
視力	級						
視野	級						

注 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせする場合があります。

第3号様式（第3条関係）

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

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。