

様式第 1 号（ 1 ）（第 2 条関係）

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		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 〔 軽度化による将来再認定 要 ・ 不要 〕 〔 (再認定の時期 年 月後) 〕						
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 所 在 地 診療担当科名 科 医師氏名						
身体障害者福祉法第 1 5 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） 内訳 ・該当しない <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">視力</td> <td style="padding: 2px 5px;">級</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">視野</td> <td style="padding: 2px 5px;">級</td> </tr> </table>			視力	級	視野	級
視力	級					
視野	級					
注意 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、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、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 障害区分や等級決定のため、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。						

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)

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

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

(③と④のうち大きい方) (③と④のうち小さい方)
 両眼中心視野 視認点数 (× 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 $1/4$ の視標によるものか、 $1/2$ 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。