

身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

総括表

氏名	大正 昭和 平成 令和	年	月	日生（ ）歳	男	女
住所						
① 障害名						
※障害名には、両眼視力障害、両眼視野障害、両眼視力障害及び右眼視野障害、両眼視力低下及び視野狭窄等と記入してください。						
② 原因となった 疾病・外傷名						
交通、労災、その他の事故、戦傷、自然災害 戦災、疾病、先天性、その他（ ）						
※原因となった疾病・外傷名には、緑内障、高度近視、角膜混濁、糖尿病性網膜症、網膜色素変性症等障害をきたすに至った具体的な疾患名を記入してください。						
③ 疾病・外傷発生年月日						
平成 令和						
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 令和						
年						
月						
日						
⑤ 総合所見						
〔将来再認定 要・不要〕（再認定の時期：令和 年 月）						
※原則として、障害の程度が軽減する可能性がある場合のみ、「要」とし、再認定が必要な時期を記入してください。また、再認定「要」とした理由を、⑤総合所見欄等に記入してください（成長により障害程度に変化が生じることが予想される場合を除く）。						
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。						
令和 年 月 日						
病院又は診療所の名称：						
病院又は診療所の所在地：						
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） … 【視力 級・視野 級】						
・該当しない						
注意 障害区分や等級決定のため、岡山県社会福祉審議会から改めて記載内容についてお問い合わせする場合があります。						

視覚障害の状態及び所見

1 視力

	裸眼視力	矯正視力	屈折度数	
右		×	D C cyl	D Ax °
左		×	D C cyl	D Ax °

2 視野 ※AまたはBで測定し、検査結果（視野図）のコピーを必ず添付してください。

A：ゴールドマン型視野計

(1) 周辺視野の評価（I/4）

両眼による視野が2分の1以上欠損（はい・いいえ）

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右										度
左										度

※全周が10度以内の場合は「≤80」、10度以上の場合は「80<」と合計欄のみに記入してください。
それ以外の場合は、全ての欄に数字を記入してください。

(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 (①と②のうち大きい方) (①と②のうち小さい方)
角度(I/2) (× 3 +) / 4 = 度

B：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（感度26dB以上の検査点の数）
左 ④ 点（感度26dB以上の検査点の数）

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

3 現症

	右	左
前眼部		
中間透光体		
眼底		