

身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

氏 名	明治 大正 昭和 年 月 日生 平成 () 歳 令和	男 ・ 女						
住 所								
①障害名（部位を明記）	1 0							
記載例：視力障害、両眼失明、視野狭窄、視野欠損等								
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								
[将来再認定 要（ 年 月）・不要] ※再認定は、将来障害程度の軽減が見込まれる場合のみ必ず記入してください。								
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 ※診断書は、身体障害者福祉法第15条の指定医師により作成してください。								
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) ・該当しない								
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">内訳</td> <td style="width: 50%;">等級</td> </tr> <tr> <td>視力</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>視野</td> <td>級</td> </tr> </table>	内訳	等級	視力	級	視野	級
内訳	等級							
視力	級							
視野	級							
注意 障害区分や等級決定のため、三重県から改めて問合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	°

- 視力が0.01に満たない場合、50cm以内の距離で指の数がわかる「指数弁」は「0.01」に換算し、目前の手を振る動きがわかる「手動弁」と明暗の感覚だけがわかる「光覚弁（明暗弁）」は視力0に換算して等級認定を行うものとする。

2 視野

ゴールドマン型視野計

(1) 周辺視野の評価 (I / 4)

I 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)

II 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 両眼開放視野点数 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 (③と④のうち大きい方) (③と④のうち小さい方)

視野点数 (× 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。