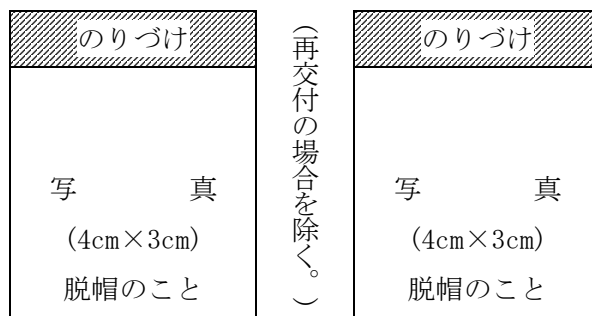


視



写真の裏面に市町村名及び氏名を記入すること。  
写真の糊付けは斜線部分のみとする。

身体障がい者診断書・意見書 (視覚障がい用)

氏名	年 月 日生	男 女
住所	市 郡	町 村 番地
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 要(軽度化・重度化)・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る。		
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 印
「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 ・ 該当する ( 級相当) ・ 該当しない		
注意 1 障がい名の欄には、 <b>両眼視力障がい等</b> 現在起こっている障がいを記入し、原因となった疾病・外傷名の欄には、 <b>緑内障等</b> 障がいの原因となった疾病等を記入するとともに、該当する事項を○で囲んでください(「その他」を囲んだ場合は( )内に具体的に記入してください。) 2 障がい区分や等級決定のため、小美玉市から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。		

視覚障がい 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) ( (  × 3 +  ) / 4 =  度 )

(①と②のうち大きい方)                      (①と②のうち小さい方)

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 (≥26 dB)
左	④	点 (≥26 dB)

両眼中心視野視認点数 ( (  × 3 +  ) / 4 =  点 )

(③と④のうち大きい方)                      (③と④のうち小さい方)

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。