

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	川崎市		
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、 自然災害、戦災、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・不要】（再認定の時期 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。			
令和 年 月 日			
病院又は診療所の名称			
所在地			
診療担当科名		科 第 15 条指定医師氏名	
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） ・該当しない			
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、右上下肢機能障害、等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、脳卒中等原因となった疾患名を記入してください。			
2 等級は、川崎市障害程度審査委員会又は川崎市社会福祉審議会の審査により決定されます。			
3 障害区分や等級決定のため、川崎市障害程度審査委員会又は川崎市社会福祉審議会からお問い合わせする場合があります。			
4 医師氏名、訂正箇所は自署（フルネーム）又は押印をお願いいたします。			

視覚障害の状況及び所見

1 視力

	裸眼	矯正				
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										度 (①)
左										度 (②)

(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)

$$\left(\boxed{} \times 3 + \boxed{} \right) / 4 = \boxed{} \text{ 度}$$

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 点 (≥26dB) (③)

左 点 (≥26dB) (④)

(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

$$\left(\boxed{} \times 3 + \boxed{} \right) / 4 = \boxed{} \text{ 度}$$

3 現症

	右	左
前眼部		
中間透光体		
眼底		

視野コピー貼り付け