

様式第2号(第3条関係)

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												
1. 障がい名(該当するものに○) 視力障がい・視野障がい		<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1	0				1	0			
1	0											
1	0											
2. 原因となった 疾病・外傷名		<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>10 20 30 40 50 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() 60 70 80 90</p>										
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(重度化・その他)・不要) 再認定年月 年 月												
6. その他の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 勤務先 (所在地・名称・電話番号) 身体障害者福祉法 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. 障がい名には現在起こっている障がい、例えば両眼視力障がい、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障がい等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳血管障がい、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. 障がい区分や等級決定のため、和泉市から改めて診断内容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	DAx
左眼		×	D □ cyl	DAx

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 (①と②のうち大きい方) (①と②のうち小さい方)

視野角度 (I / 2) (□ × 3 + □) / 4 = □ 度

又は

自動視野計

(1) 周辺視野の評価

両眼解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)

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		

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。