

# 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	男・女	
住所						
① 障害名	視力障害		・ 視野障害			
※該当するものを○で囲み、該当しないものは二重線で消してください。						
② 原因となった 疾病・外傷名	疾病・外傷・自然災害・ その他（ ）					
※原因となった疾病・外傷名には、緑内障、角膜混濁、糖尿病網膜症、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・外傷発生日	年	月	日			
④ 参考となる経過						
障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日						
⑤ 総合所見	今後の回復の見込み	あり	・ なし			（ありの場合は、具体的理由をご記入ください。）
⑥ 将来再認定	要	（時期	年	月）	・ 不要	
※原則として、障害が軽度になる可能性がある場合のみ、要とし、時期を記載してください。						
⑦ 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						
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、地方社会福祉審議会から次項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 y l	D A x °
左		×	D C y l	D A x °

2 視野

※AまたはBで測定し、検査結果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	度
右										
左										

※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	度
右									①	
左									②	

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		