

## 身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

総括表

氏 名	年 月 日 生 ( ) 歳	男 ・ 女
住 所		
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・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 参考となる経過及び現症（エックス線写真及び検査所見を含みます。）		
障害固定又は障害確定（推定）		
年 月 日		
⑤ 総合所見		
[軽減化による再認定 要 ・ 不要] [再認定の時期 年 月]		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断し、併せて以下の意見を付します。		
年 月 日		
病院又は診療所の名称		
電 話 ( )		
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		
視力		級
視野		級
※ 「該当する」「該当しない」の選択及び意見等級は、必ず記入してください。		
注 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、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、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 総合所見には、今後の症状変動の可能性（重度化・軽減化）や、軽減化による再認定の必要性（必要な場合はその時期）も必ず記入してください。		
3 障害区分や等級決定のため、改めて身体障害者診断書・意見書の記入内容について問い合わせる場合があります。		
4 程度変更に伴う再申請については、新しく追加となる障害内容の記入のみではなく、現在の手帳の障害内容についても障害が存在していれば、併せて診断書に記入してください。		

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	(	c y 1	D	A x °
左眼		×	D	(	c y 1	D	A x °

2 視野（ゴールドマン型視野計又は自動視野計のいずれかを記入してください。）

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

(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

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 )

(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 (  × 3 +  ) / 4 =  点

3 現症

	右	左
前眼部		
中間透光体		
眼底		

視野図コピー貼付

(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してください。