

第2号様式（第4条関係）

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	男・女
住所		
① 障害名（部位を明記）		
② 原因となつた 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 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。		
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）		
<input type="checkbox"/> 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）。 <input type="checkbox"/> 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しない。		
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、原因となつた疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となつた疾患名を記入すること。		
2 障害区分や等級決定のため、山梨県社会福祉審議会から次ページ以降の部分について問い合わせる場合がある。		

視覚障害の状況及び所見

1 視力

	裸眼視力	矯正視力						
右眼		x	D	⊖	cyl	D	Ax	°
左眼		x	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 (/ 4)

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)
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 (/ 2)

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右										度
左										度

両眼中心視野角度 (/ 2) (と のうち大きい方) (と のうち小さい方)
 $(\square \times 3 + \square) / 4 = \square$ 度

又は

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 (26 dB)
 左 点 (26 dB)

両眼中心視野視認点数 (と のうち大きい方) (と のうち小さい方)
 $(\square \times 3 + \square) / 4 = \square$ 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 / 4 の視標によるものか、 / 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。