



身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

氏 名		大正 昭和 平成 令和	年	月	日生 才	男・女						
住 所	西宮市											
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、戦災、疾病、 先天性、震災、その他天災、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(軽減化・重度化) ・ 不要 〕 〔再認定の時期 1年後 ・ 3年後 ・ 5年後〕												
※再認定が要の場合は、軽減化か重度化、および再認定の時期について記入をお願いします。												
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 医師氏名.....印 (自筆による署名又は記名押印) ※身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師												
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) ・該当しない												
						<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width:50%;">内 訳</td> <td style="width:50%;">等 級</td> </tr> <tr> <td>視力</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>視野</td> <td>級</td> </tr> </table>	内 訳	等 級	視力	級	視野	級
内 訳	等 級											
視力	級											
視野	級											
(注意) 1 「①障害名」には現在起っている障害、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、「②原因となった疾病・外傷名」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 障害区分や等級決定のため、西宮市社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。 3 記入に際しては、消すことができる筆記用具（消せるボールペン等）は使用しないでください。												

視覚障害の状況及び所見

氏名

1 視 力

	裸眼視力	矯正視力						
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									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

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 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

4 現 症

	右	左
前 眼 部		
中間透光体		
眼 底		

氏名

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、色分けするなどをして明確に区別できるように記載すること。