総括表　　　　　　　　身体障害者診断書・意見書(視覚障害用)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | | | 明治  大正  昭和　 　　年　　　月　　日生  平成 | | 男　・　女 | | |
| 住所 | | | | | | | |
| □視力障害  ①　障害名(部位を明記)　　　 　□視野障害  □視力・視野障害 | | | | | | | |
| ②　原因となった　　疾病・外傷名 | 交通・労災・その他の事故  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　参考となる臨床経過・手術経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)    　障害固定又は障害確定(推定) 　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 1. 総合所見（検査所見とADL所見との整合性等）  |  |  | | --- | --- | | 〔将来再認定〕 | | | □ | 軽快・改善による再認定を要する | | 再認定の時期　令和　　年　　月 | | □ | 再認定は不要 | | | | | | | | |
| 1. 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  診療担当科名　　　　　　　科　　　　15条指定医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　印  病院又は診療所の名称  所　　　 在　　　 地　〒  電　　話　　番　　号 | | | | | | | |
| 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、　　　　　　　級相当に　（身体障害者福祉法別表に掲げる障害に）該当する。 | | | | | | | |
| ※早見表による根拠 | | 障害部位 | 等　級 | 項目 | | 指　数 |  |
|  | | 視力障害 |  |  | |  |  |
|  | | 視野障害 |  |  | |  |  | |
|  | | 合計 |  |  | |  |  |
|  | | | | | | | |
| 注意　１　障害名欄には現在起こっている障害、例えば視力障害や視野障害等を選択し、原因となった疾病・  外傷名欄には、糖尿病性網膜症､緑内障性視神経萎縮等原因となった疾患名を記入してください。  　　　２　治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。  　　　３　障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。 | | | | | | | |

視覚障害の状況及び所見

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | （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 |  |  |  | |  |  |  |  | |  | または | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | 自動視野計 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | （１）　周辺視野の評価 | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 点 |  |  |  | |  |  |  |  |  | 両眼開放エスターマンテスト　両眼開放視認点数 | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | （２）　中心視野の評価（10-2プログラム） | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 右 | ③ | | 点（≧26dB） | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 左 | ④ | | 点（≧26dB） | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | （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 |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | 手術予定 | 有（目的：　　　　　　　　　　）  □ 視覚障害の軽減見込み無し | 有（目的：　　　　　　　　　　）  □ 視覚障害の軽減見込み無し |   ４　手　術  　　　　　　　※手術予定がある場合、手術目的を記入すること。（例：白内障、網膜剥離等）  　　　※手術により障害の軽減が見込まれる場合には、手術施行後の症状が安定した状態で記入すること。 |

|  |
| --- |
| 視　　　　野　　　　コ　　　　ピ　　　　ー　　　　貼　　　　付 |

　※　視野コピーは添付でも可。

（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。