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。