

5 診断書様式（第1号様式）

身体障害者診断書・意見書

総括表

（ 視 覚 障 害 用 ）

氏 名	明治・大正 昭和・平成 令和	年	月	日生 () 歳	男 ・ 女
住 所					
① 障害名 (部位も明記)					
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・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					
【 将来再認定 要（軽減化・重度化）・ 不要 】（再認定時期					
年 月）					
⑥ その他参考となる合併症状					
上記のとおり診断します。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					
所 在 地					
診療担当科名					
科 15 条指定医師氏名					
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】					
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					
備考 1 「①障害名」欄には、病名ではなく現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、視 野障害等を記入してください。					
2 「②原因となった疾病・外傷名」欄には、緑内障、網膜色素変性症等原因となった基 礎疾患名を記入してください。					
3 障害区分や等級決定のため、神奈川県社会福祉審議会からお問い合わせする場があ 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	A x	°
左眼		×	D	(	cyl	D	A x	°

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
視野角度 (I / 2) ((× 3 (①と②のうち大きい方) + (①と②のうち小さい方)) / 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
視認点数 ((× 3 (③と④のうち大きい方) + (③と④のうち小さい方)) / 4 = 点

3 現症

	右	左
前眼部		
中間透光体		
眼底		

視
野
コ
ピ
ー
貼
付
（ホ
チ
キ
ス
留
め
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。