

第1号様式の4（第2条の5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（ ）歳	男・女
住所		
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・ 自然災害・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		
6 将来再認定（障害程度の変化の見込）	要（時期 年 月）・不要	
7 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記する。 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すること。） 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。		

（注意）

- 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、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。
- 2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」（別様式）を添付してください。
- 3 障害区分や等級決定のため、郡山市地方社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。

(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

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)

(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		

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明確に区別できるように記載すること。