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　　（　　）歳	男　・　女
住　所		
①障害名（部位を明記） 記載例：視力障害、両眼失明、視野狭窄、視野欠損等	1	0
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（　　年　　月）・不要〕 ※再認定は、将来障害程度の軽減が見込まれる場合のみ必ず記入してください。		
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。 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 ※診断書は、身体障害者福祉法第１５条の指定医師により作成してください。		
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	内訳	等級 視力　　級 視野　　級
注意　障害区分や等級決定のため、三重県から改めて問合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	矯　正	
右	（　　×	ＤＣｙｌ　　ＤＡｘ	）
左	（　　×	ＤＣｙｌ　　ＤＡｘ	）

・　視力が 0.01 に満たない場合、50cm 以内の距離で指の数がわかる「指数弁」は「0.01」に換算し、目前の手を振る動きがわかる「手動弁」と明暗の感覚だけがわかる「光覚弁（明暗弁）」は視力 0 に換算して等級認定を行うものとする。

２　視　野

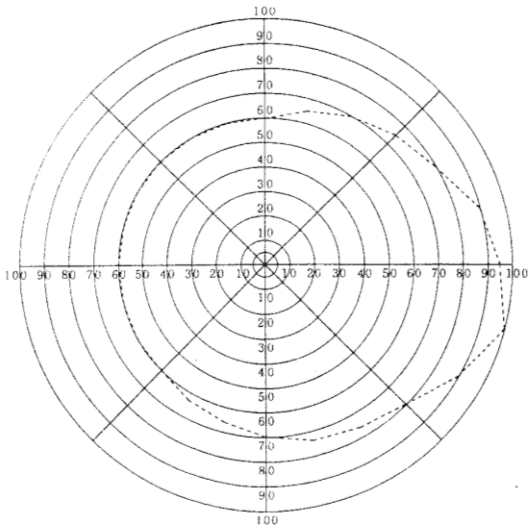
求心性視野狭窄の有無（ 有 ・ 無 ）

視野計の種類(該当するものに○)

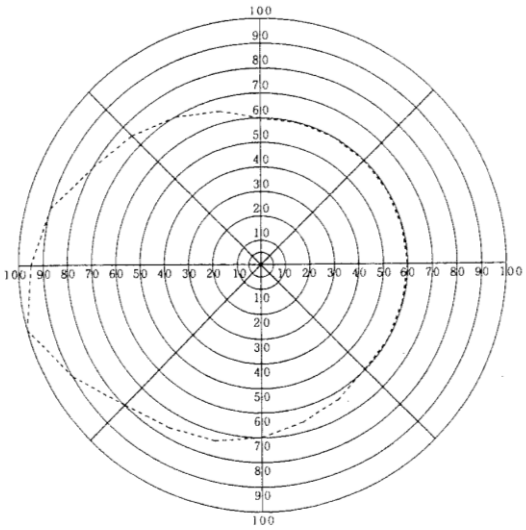
・　ゴールドマン（Ｉ/４指標）

・　その他（　　）

右



左



・　視野障害の計測は点線で囲まれた正常視野の範囲内で行なうものとする。

・　ゴールドマン視野計を用いる場合はＩ/４の指標で測定すること。測定不能であれば「Ｉ/４測定不能」と明記し、参考にＶ/４の指標による測定結果を記入する。

・　求心性視野狭窄が認められ、かつゴールドマン視野計Ｉ/４の指標での両眼の視野がそれぞれ 10 度以内のものについては、Ｉ/２の指標を用いて中心視野の測定を行う。Ｉ/２の指標による結果のみをもって判断しない。

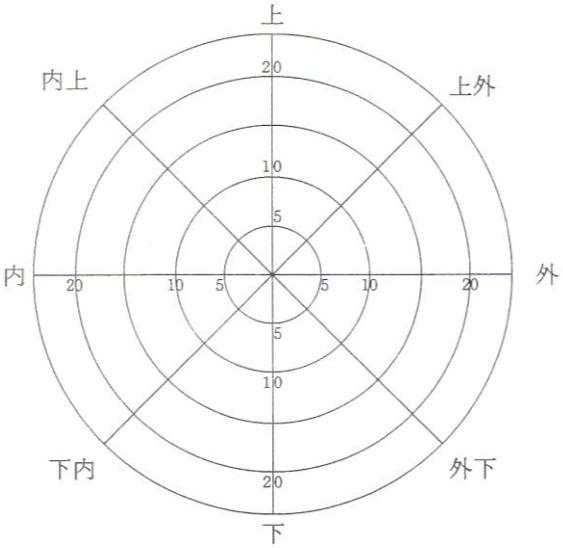
３　中心視野

視野計の種類(該当するものに〇)

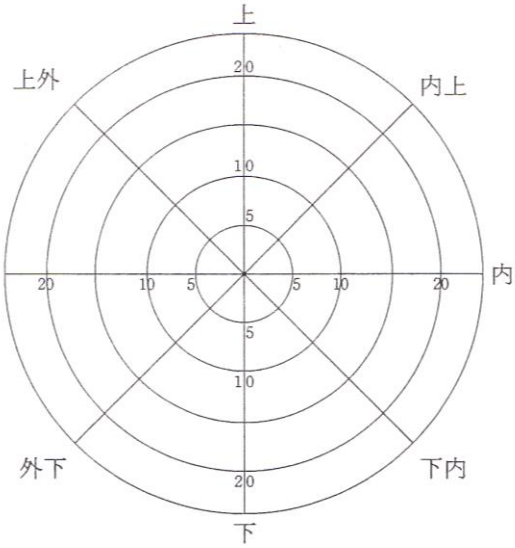
・　ゴールドマン（Ｉ/２指標）

・　その他（　　）

右



左



ゴールドマン視野計を用いる場合はＩ／２の指標で測定すること。測定不能であれば、その旨を明記する。

右

上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計①	視能率②	損失率③
度	度	度	度	度	度	度	度	度	% (①÷560×100)	% (100－②)

左

上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計④	視能率⑤	損失率⑥
度	度	度	度	度	度	度	度	度	% (④÷560×100)	% (100－⑤)

$$\frac{(③と⑥のうち大きい方)＋(③と⑥のうち小さい方)\times 3}{4}$$

両眼の損失率
%

４　現　症

	右	左
外　　眼		
中間透光体		
眼　　底		