

## 身体障害者診断書・意見書

総括表

( 障害用)

氏名	年 月 日生	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	交通事故・労災事故・その他の事故・戦傷 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		
総合所見		
[将来再認定 要・不要] (再認定の時期 年 月)		
⑥その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断する。併せて次の意見を付す。 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		
身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）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		
注意	1 障害名には現在起こっている障害、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及び意見書を添付してください。 3 障害区分や等級決定のため、函館市および函館市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。	

視覚障害の状態及び所見

1 視力

	裸眼視力	矯正視力				
右		×	D	( )	cyl	D Ax °
左		×	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

両眼中心視野角度 (I/2) ( (  × 3 +  ) / 4 =  度 )

(①と②のうち大きい方)      (①と②のうち小さい方)

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 +  ) / 4 =  点 )

(③と④のうち大きい方)      (③と④のうち小さい方)

3 現症

	右	左
前眼部		
中間透光体		
眼底		

※視野障害申請の際は、次ページにゴールドマン型視野計又は自動視野計の結果を貼付すること。

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 の指標によるものか、 I / 2 の指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。