様式第４号（第６条関係）

## 身体障がい者診断書・意見書（視覚障がい用）

総括表

| | | |
|---|---|---|
| 氏　名 | 大正<br>昭和　　年　　月　　日生<br>平成<br>令和　　（　　歳） | 男・女 |
| 住　所 | | |
| ①障がい名（部位を明記） | | |
| ②原因となった<br>疾病・外傷名 | 交通・労災・その他の事故，戦傷・戦災，<br>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。）<br><br>障がい固定又は障がい確定（推定）　　年　　月　　日 | | |
| ⑤総合所見<br><br>（将来再認定　　要・不要）<br>（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。併せて以下の意見を付す。<br>年　　月　　日<br>病院又は診療所の名称<br>所　　在　　地<br>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（障がい程度等級についても参考意見を記入すること。）<br>障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障がいに<br>・該当する（　　級相当）<br>・該当しない | | |

注　１　障がい名には現在起こっている障がい、例えば両眼視力障がい、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障がい等を記入し、「②原因となった疾病・外傷名」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　障がい区分や等級決定のため、宮崎市社会福祉審議会から改めて次項以降の部分についてお問合わせを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 |

両眼中心視野角度（Ⅰ／2）　（①と②のうち大きい方）（①と②のうち小さい方）

（　　×３　＋　　）／4＝　　度

又は

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と④のうち大きい方）　（③と④のうち小さい方）

（　　×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。