

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、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・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		
等級表による個別等級		
部位	等級	
視力	級	
視野	級	
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（別紙）を添付してください。	
	3 障害区分や等級決定のため、北海道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)

ア 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)

イ 両眼による視野が 2 分の 1 以上欠損

(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)
 $(\text{ } \times 3 + \text{ }) / 4 = \text{ } \text{度}$

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 (≧26dB)
 左 (≧26dB)

両眼開放視野 視認点数 (③と④のうち大きい方) (③と④のうち小さい方)
 $(\text{ } \times 3 + \text{ }) / 4 = \text{ } \text{点}$

3 現症

	右	左
前眼部		
中間透光体		
眼底		

ゴールドマン型視野計又は自動視野計の結果貼付欄

(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。

