

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)

等級による個別級

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

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・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 (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 (①と②のうち大きい方) (①と②のうち小さい方)

視野角度 (I/2) (× 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

(③と④のうち大きい方)

(③と④のうち小さい方)

視認点数

(× 3 +) / 4 = 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。