

視

のりづけ	(再交付の場合を除く。)	のりづけ
写 真 (4cm × 3cm) 脱帽のこと		写 真 (4cm × 3cm) 脱帽のこと

写真の裏面に市町村名及び氏名を記入すること。  
写真の糊付けは塗りつぶし部分のみとする。

身体障害者診断書・意見書(視覚障害用)

氏 名	年 月 日生	男・女
住 所	市 町 郡 村	番地
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, 疾病, 先天性, その他( )
③ 疾病・外傷発生日月日 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(軽度化・重度化)・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。併せて以下の意見を付する。 年 月 日 病院又は診療所の名称 市 町 所 在 地 郡 村 番地 診療担当科名 科 医師氏名 印		
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		
注意1 障害名の欄には, 両眼失明等現在起こっている障害を記入し, 原因となった疾病・外傷名の欄には, 角膜混濁等障害の原因となった疾病等を記入するとともに, 該当する事項を○で囲んでください(「その他」を囲んだ場合は( )内に具体的に記入してください。) 2 障害区分や等級決定のため, 茨城県社会福祉審議会から改めて状況及び所見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)

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)  $(\text{①と②のうち大きい方}) \times 3 + (\text{①と②のうち小さい方}) / 4 = \text{ } \text{度}$

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  $(\text{③と④のうち大きい方}) \times 3 + (\text{③と④のうち小さい方}) / 4 = \text{ } \text{点}$

3 現症

	右	左
前眼部		
中間透光体		
眼底		