

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		等級表による個別等級						
・該当する （ 級相当）		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:50%;">部 位</th> <th style="width:50%;">等 級</th> </tr> <tr> <td>視 力</td> <td style="text-align: center;">級</td> </tr> <tr> <td>視 野</td> <td style="text-align: center;">級</td> </tr> </table>	部 位	等 級	視 力	級	視 野	級
部 位	等 級							
視 力	級							
視 野	級							
・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・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  
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		

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 $1/4$ の視標によるものか、 $1/2$ 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。