様式第3号(第3条関係)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |

写真の裏面に地区名及び氏名を記入すること。

写真の糊付けは斜線部分のみとする。

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 |
| 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(再認定の項目も記入)〔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。　　　　　　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　　　　　　　　　　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，両眼視力障害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，守谷市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）　　　　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 |
|  | （①と②のうち大きい方） | （①と②のうち小さい方） |  |
| 両眼中心視野角度（Ｉ／２） | （ |  | ×３ | ＋ |  | ）/４＝ |  | 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） |
|  | （③と④のうち大きい方） | （③と④のうち小さい方） |  |
| 両眼中心視野視認点数 | （ |  | ×３ | ＋ |  | ）/４＝ |  | 点 |
| 　３　現症 |
|  |  | 右 | 左 |  |
| 前眼部 |  |  |
| 中間透光体 |  |  |
| 眼底 |  |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | （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。 |
| 視野コピー貼付 |
|  |