

視覚障害の状況及び所見

1 視力

|    | 裸眼視力 | 矯正能力                |
|----|------|---------------------|
| 右眼 |      | × D ( c y l D A x ° |
| 左眼 |      | × D ( c y l D A x ° |

\*指数弁の場合、距離（30cm等）も記載      \*矯正不能の場合、その旨を記載

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)

$$\left( \boxed{\phantom{00}} \times 3 + \boxed{\phantom{00}} \right) / 4 = \boxed{\phantom{00}} \text{ 度}$$

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 | ( $\geq 26$ dB) |
| 左 | ④ |  | 点 | ( $\geq 26$ dB) |

(③と④のうち大きい

(③と④のうち小さい方)

方)

両眼中心  
視野  
視認点数

$$\left( \text{[ ]} \times 3 + \text{[ ]} \right) / 4 = \text{[ ]} \text{ 点}$$

### 3 現症

|       | 右 | 左 |
|-------|---|---|
| 前眼部   |   |   |
| 中間透光体 |   |   |
| 眼底    |   |   |

視覚障害の状況及び所見

視  
野  
コ  
ピ  
ー  
添  
付

(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明確に区分できるように記載すること。

総括表

| 氏 名   | 年 月 日生（ ）歳  | 男・女 |     |     |     |  |     |  |
|---|---|-----|-----|-----|-----|--|-----|--|
| 住 所   |   |     |     |     |     |  |     |  |
| ① 障害名（部位を明記）  |   |     |     |     |     |  |     |  |
| ② 原因となった<br>疾病・外傷名  |   |     |     |     |     |  |     |  |
| 交通 労災 その他の事故 戦傷 戦災<br>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  |   |     |     |     |     |  |     |  |
| ③ 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〕<br>(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<br>所 在 地<br>担当診療科名 科 医師氏名 ㊦  |   |     |     |     |     |  |     |  |
| 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〕  |   |     |     |     |     |  |     |  |
| 等級表による個別等級  |   |     |     |     |     |  |     |  |
| 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に  | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;">部 位</th> <th style="width:50%;">等 級</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>視 力</td> <td></td> </tr> <tr> <td>視 野</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |     | 部 位 | 等 級 | 視 力 |  | 視 野 |  |
| 部 位   | 等 級   |     |     |     |     |  |     |  |
| 視 力   |   |     |     |     |     |  |     |  |
| 視 野   |   |     |     |     |     |  |     |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・該当する（ 級相当）</li> <li>・該当しない</li> </ul> |   |     |     |     |     |  |     |  |
| 注   |   |     |     |     |     |  |     |  |
| 1 障害名には、現在起っている障害、例えば視力障害等を記入し、原因となった疾病には、糖尿病性網膜症等原因となった疾患名を記入してください。         |   |     |     |     |     |  |     |  |
| 2 「障害の状態及び所見を記載した書面」（別様式）を添付してください。   |   |     |     |     |     |  |     |  |
| 3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて問い合わせする場合があります。                                  |   |     |     |     |     |  |     |  |