身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

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　　　　　　　　　　　　　　交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、疾病・外傷名　　　　　　　　　　　　　　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（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　　　　　　　　　　　 |
| 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　肢体不自由のある者の場合は、全ての肢体不自由について記入してください。　　　３　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（様式第２号　別紙２（その２））を添付してください。　　　４　障害区分や等級決定のため、愛知県から改めて次ページ以降の部分についてお問合せをする場合があります。 |

1/3

申請者氏名

医師氏名

2/3

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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３　現　症

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

 |
| 申請者氏名　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　視野コピー貼付（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を明確に区別できるように記載すること。 |

3/3