



様式第3号

身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

氏名	明治・昭和 大正・平成	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 疾病・外傷名		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、疾病 先天性、震災、震災以外の天災、その他 ( )	
③ 疾病・外傷発生日		昭和 平成	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） 昭和・平成 年 月 日			
⑤ 総合所見（障害の程度を詳細に記入。）			
〔将来再認定 要（軽症化・重症化）・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。			
平成 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 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、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、角膜混濁、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 障害区分や等級決定のため、兵庫県社会福祉審議会から改めて照会する場合があります。			

# 視覚障害者の状況及び所見

## 1. 視力

視力	裸眼	矯正後	矯正眼鏡
右眼			D 円柱 D (軸 °)
左眼			D 円柱 D (軸 °)

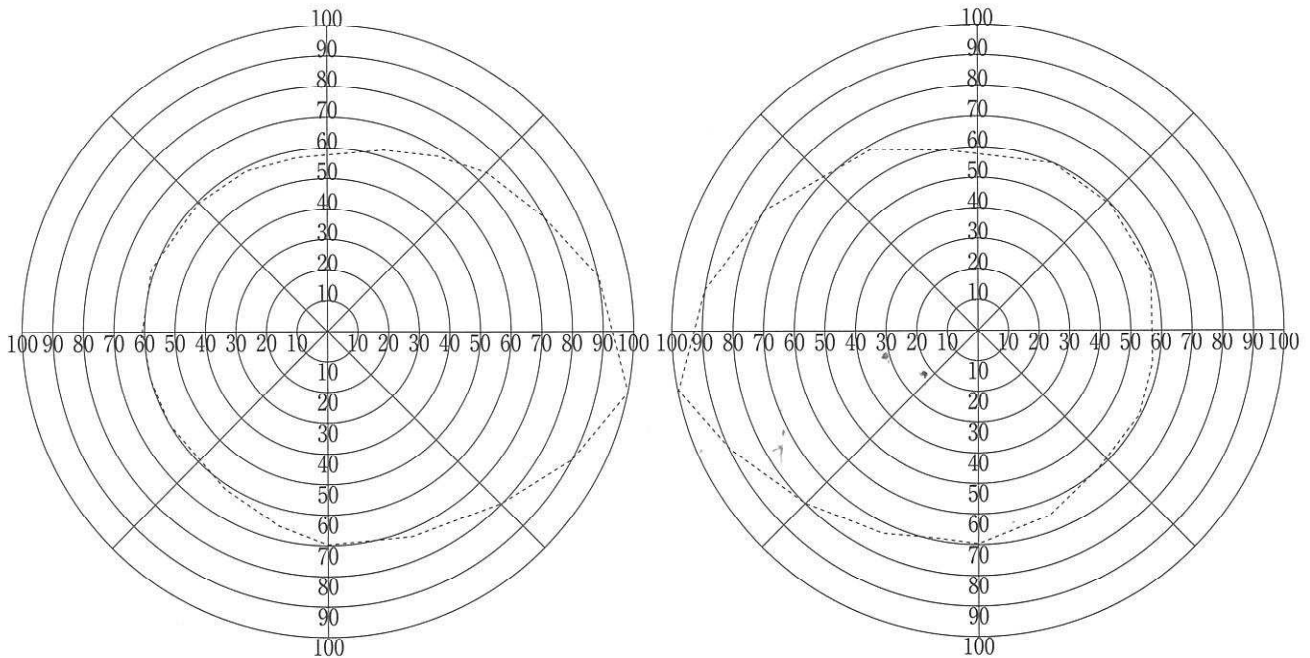
## 2. 視野

※ゴールドマン視野計を用いる場合、I/4の視標で測定すること。  
計測不能の場合は、その旨を記載すること。

※求心性視野狭窄の有無 (有・無)

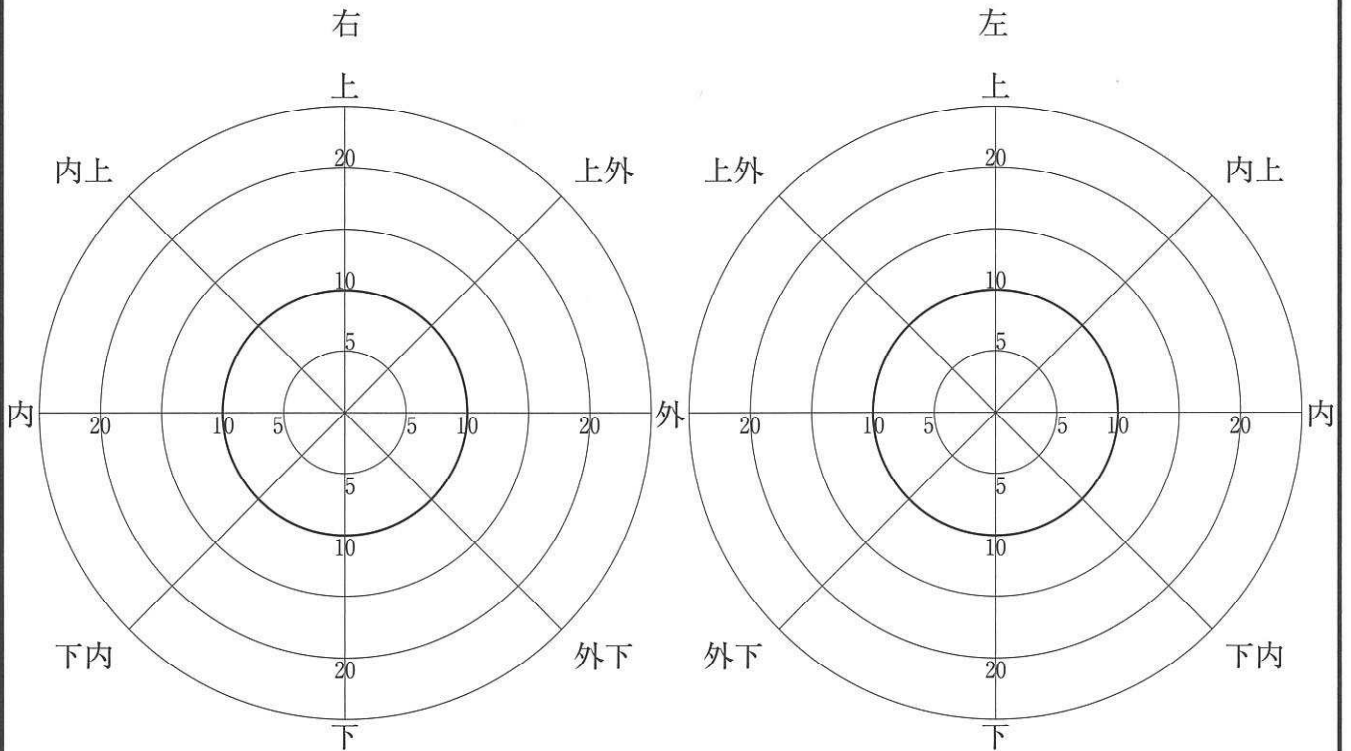
右

左



視野障害の計測は点線で囲まれた正常視野の範囲内で行うものとする。

3. 中心視野 ※ゴールドマン視野計を用いる場合、I/2の視標で測定すること。



右	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計 ①	視能率 ②	損失率 ③
	度	度	度	度	度	度	度	度	度	% (① ÷ 560 × 100)	% (100 - ②)

左	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計 ④	視能率 ⑤	損失率 ⑥
	度	度	度	度	度	度	度	度	度	% (④ ÷ 560 × 100)	% (100 - ⑤)

$$\frac{(\text{③と⑥のうち大きい方}) + (\text{③と⑥のうち小さい方}) \times 3}{4}$$

両眼の損失率
%

4. 現症

	外 眼 部	中 間 透 光 体	眼 底
右			
左			