

|                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                                           |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------|-----|
| 新                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                           |     |
| 別紙                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                           |     |
| 様式第 1                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                                           |     |
| 身体障害者診断書・意見書（障害用）                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                           |     |
| 総括表                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                                           |     |
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                     | 明治<br>大正<br>昭和<br>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<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                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                           |     |
| 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〕<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。<br>年 月 日<br>病院又は診療所の名称<br>所 在 地<br>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〕<br>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に<br>・該当する（ 級相当）<br>・該当しない                                                                                                                                            |                      |                                           |     |
| 注意 1 障害名には現在起っている障害、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<br>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。<br>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」（別様式）を添付してください。<br>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次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。 |                      |                                           |     |

|                                                                                                                                                                                                                                        |                      |                                           |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------|-----|
| 旧                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                           |     |
| 別紙                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                                           |     |
| 様式第 1                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                           |     |
| 身体障害者診断書・意見書（障害用）                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                           |     |
| 総括表                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                                           |     |
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                    | 明治<br>大正<br>昭和<br>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<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                                                                                                                                                                                                                 |                      |                                           |     |
| 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〕<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。<br>年 月 日<br>病院又は診療所の名称<br>所 在 地<br>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〕<br>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に<br>・該当する（ 級相当）<br>・該当しない                                                                                                                                           |                      |                                           |     |
| 注意 1 障害名には現在起っている障害、例えば両目失明、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<br>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。<br>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」（別様式）を添付してください。<br>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次頁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 | A x ° |
| 左眼 |      | ×    | D | ⌒ | cyl | D | A x ° |

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 |

両眼中心視野角度 (I / 2) ( ( ①と②のうち大きい方 ) × 3 + ( ①と②のうち小さい方 ) ) / 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)

両眼中心視野視認点数 ( ( ③と④のうち大きい方 ) × 3 + ( ③と④のうち小さい方 ) ) / 4 = 点

3 現症

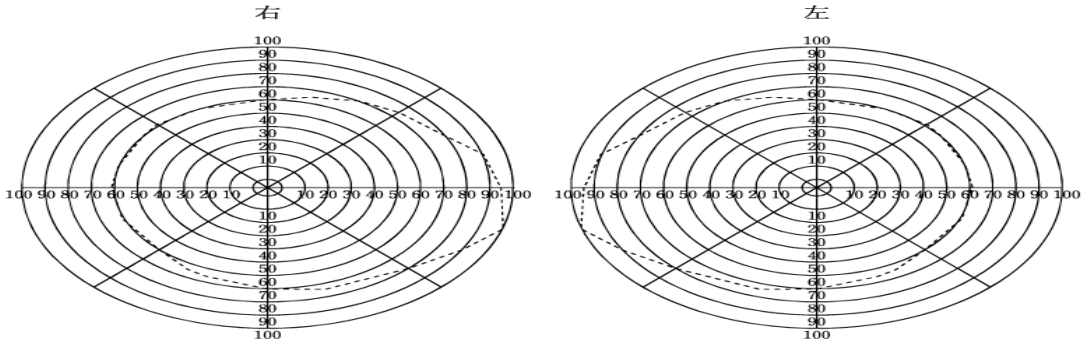
|       | 右 | 左 |
|-------|---|---|
| 前眼部   |   |   |
| 中間透光体 |   |   |
| 眼底    |   |   |

視覚障害の状況及び所見

1 視力

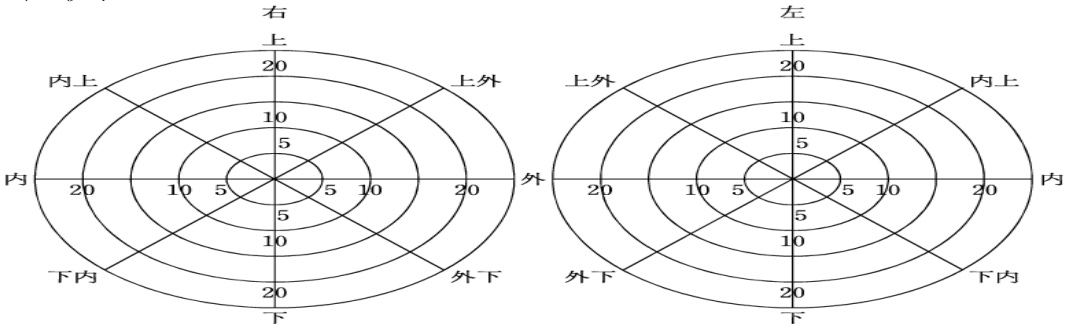
|   | 裸眼              | 矯正 |
|---|-----------------|----|
| 右 | ( × DCyl DA x ) |    |
| 左 | ( × DCyl DA x ) |    |

2 視野



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



|   | 上 | 上外 | 外 | 外下 | 下 | 下内 | 内 | 内上 | 計① | 視能率②                | 損失率③          |
|---|---|----|---|----|---|----|---|----|----|---------------------|---------------|
| 右 | 度 | 度  | 度 | 度  | 度 | 度  | 度 | 度  | 度  | ( ① ÷ 560 × 100 ) % | ( 100 - ② ) % |
|   | 上 | 上外 | 外 | 外下 | 下 | 下内 | 内 | 内上 | 計④ | 視能率⑤                | 損失率⑥          |
| 左 | 度 | 度  | 度 | 度  | 度 | 度  | 度 | 度  | 度  | ( ④ ÷ 560 × 100 ) % | ( 100 - ⑤ ) % |

( ③と⑥のうち大きい方 ) + ( ③と⑥のうち小さい方 ) × 4  
4

両眼の損失率  
%

4 現症

|       | 右 | 左 |
|-------|---|---|
| 外眼    |   |   |
| 中間透光体 |   |   |
| 眼底    |   |   |

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／Ⅳの視標によるものか、Ⅰ／Ⅱ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。