

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  
野  
コ  
ピ  
ー  
貼  
附

(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。

## 診断書の作成について

身体障害者診断書においては、眼の障害は視力障害と視野障害とに区分し、原因の如何を問わずそれらの障害の永続する状態について、その障害を認定するために必要な事項を記載する。

### (1) 「総括表」について

#### ア 「障害名」について

障害の部位とその部分の機能障害の状態を記載する。(両眼視力障害、両眼視野障害等)

#### イ 「原因となった疾病・外傷名」について

視覚障害の原因となつたいわゆる病名であり、障害の分野別に具体的な傷病名を記載する。(糖尿病網膜症、緑内障、加齢黄斑変性等)

傷病発生年月日の記載については、初診日でもよく、不明確な場合は推定年月を記載する。

#### ウ 「参考となる経過・現症」について

通常の診療録に記載される内容のうち、身体障害者としての障害認定の参考となる事項を摘記する。

現症については、別様式診断書「視覚障害の状況及び所見」の所見欄に記載された事項から必要に応じ摘記する。

#### エ 「総合所見」について

傷病の発生から現状に至る経過及び現症を通じて身体障害者としての障害認定に必要な症状の固定又は永続性の状態を記載する。

成長期の障害、進行性病変に基づく障害、手術等により障害程度に変化が予測される場合は、将来再認定の時期等を記載する。

### (2) 「視覚障害の状況及び所見」について

ア 視力は、万国式試視力表又はこれと同一の原理に基づく試視力表により測定する。視標面照度は 500~1,000 ルクス、視力検査室の明るさは 50 ルクス以上で視標面照度を上回らないこととし、試視力表から 5m の距離で視標を判読することによって行う。

イ 屈折異常のある者については、矯正視力を測定するが、この場合最良視力が得られる矯正レンズによって得られた視力を採用する。眼内レンズ挿入眼は裸眼と同等に扱い、屈折異常がある場合は適正に矯正した視力を採用する。

ウ 視野の測定には、ゴールドマン型視野計又は自動視野計を用いる。ゴールドマン型視野計で判定する場合は、I/4、I/2 の視標を用いる。自動視野計で判定する場合は、視標サイズⅢを用い、両眼開放エスターマンテスト、ならびに 10-2 プログラムを用いる。ゴールドマン型視野計では中心 30 度内は適宜矯正レンズを使用し、30 度外は矯正レンズを装用せずに測定する。自動視野計では 10-2 プログラムは適宜矯正レンズを使用し、両眼開放エスターマンテストは矯正眼鏡を装用せずに実施する。

エ ゴールドマン型視野計又は自動視野計の結果は、診断書に添付する。

オ 現症については、前眼部、中間透光体及び眼底についての病変の有無とその状態を記載する。

様式第4号（第6条関係）

身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

総括表

氏名	大正・昭和 年 月 日生（歳） 平成・令和	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 疾病、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、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（障害程度に変化が生じることが予想される場合のみ）・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。 令和 年 月 日	病院又は診療所の名称 所在地 15条指定 診療担当科名 科 医師氏名 電話（ ）	市町村使用欄 15条指定医 の確認 ⑩																
<p>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すること。） 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">身体障害程度等級表による根拠</th> </tr> <tr> <th>(障害部位)</th> <th>(等級)</th> <th>(項目)</th> <th>(指数)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">                     ・該当する（ 級相当）                      ・該当しない                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2">【計】</td> <td>級</td> <td>点</td> </tr> </tbody> </table>			身体障害程度等級表による根拠				(障害部位)	(等級)	(項目)	(指数)	・該当する（ 級相当） ・該当しない				【計】		級	点
身体障害程度等級表による根拠																		
(障害部位)	(等級)	(項目)	(指数)															
・該当する（ 級相当） ・該当しない																		
【計】		級	点															
<p>(注) 1 障害名欄には、現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、視野機能障害等を記入し、「②原因となった疾病・外傷名」欄には、緑内障、網膜色素変性症等原因となった疾病名等を記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、宮崎県身体障害者相談センター（☎0985-29-2556）から内容についてお問い合わせする場合があります。</p>																		