**身体障害者診断書・意見書(　　　　　障害用)**

第１号様式

**総括表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 大正昭和平成令和 | 年　　　月　　　日生 | 男 ・ 女 |
| 住　　所 | 横浜市 |
| 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。）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ⑤ 総合所見障害固定又は障害確定（推定）　　　　　年 　月 　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　軽減化【将来再認定】 要　　　　　・不要　（再認定の時期　　　年　　　月）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　重度化 |
| 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　「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、右片麻痺、心臓機能障害等　　　　　を記入し、「②原因となった疾病・外傷名」には緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等の疾　　　　　患名を記入してください。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。３　障害区分や等級決定のため、横浜市社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。 |

〔横浜市障害者更生相談所〕

**身 体 障 害 者 診 断 書**

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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 度 |
| 左 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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） | （ |  | ×３ |  | ＋ |  | ）/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） |

1. と④のうち大きい方）　　　（③と④のうち小さい方）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 両眼中心視野視認点数 | （ |  | ×３ |  | ＋ |  | ）/４＝ |  | 点 |

３　現症

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

 |

〔横浜市障害者更生相談所〕

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| 視野コピー貼付 （ ホ チ キ ス 留 め 可 ） |

（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。 |

〔横浜市障害者更生相談所〕