

身体障害者診断書・意見書

総括表

（ 障害用）

氏名	年 月 日生	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	交通事故・労災事故・その他の事故・戦傷 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] (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。併せて次の意見を付す。 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 印		
身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）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 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及び意見書を添付してください。 3 障害区分や等級決定のため、北海道社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。	

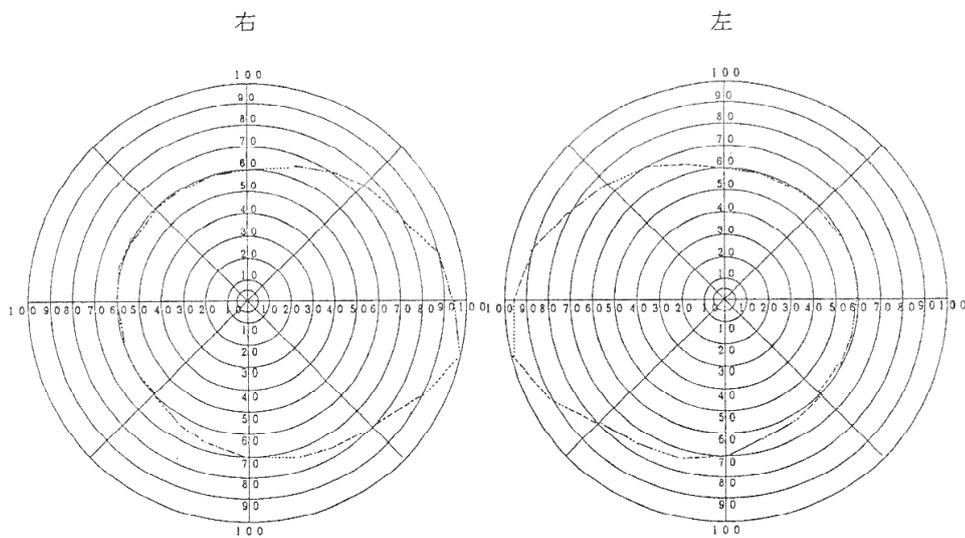
視覚障害の状況及び所見

1 視 力

	裸 眼	矯	正
右		× D C y ℓ	D A x
左		× D C y ℓ	D A x

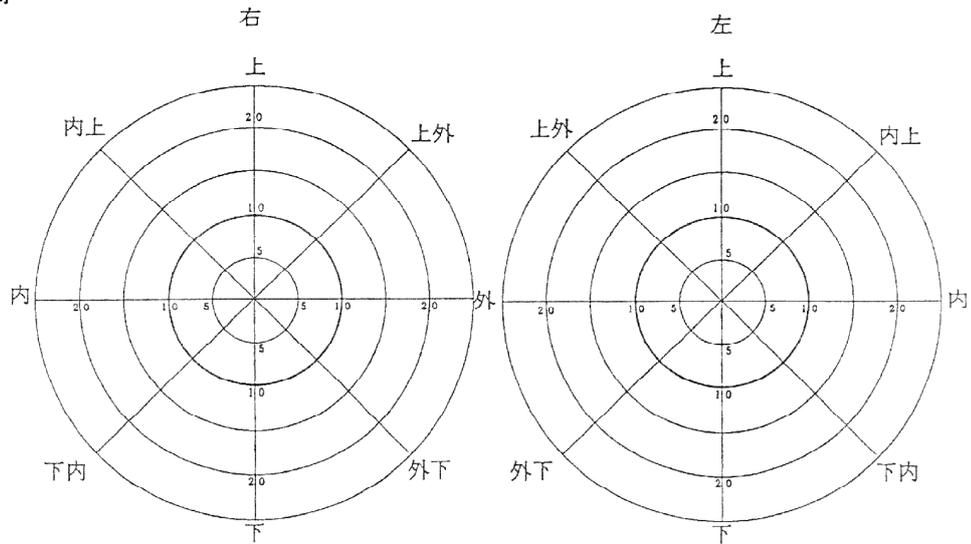
2 視 野

視野障害の型  求心性狭窄又は輪状暗点  
 上記以外の視野障害



- ・ 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。
- ・ 見えない範囲を黒で塗りつぶすか黒斜線により表記すること。当該視野が全周0度の場合は、その旨を示す文言により図示の代用とすることができる。
- ・ ゴールドマン視野計を用いる場合、I / 4 視標を用いる。それ以外の測定方法によるときは、これに相当する視標を用いることとする。

### 3 中心視野



・ゴルドマン視野計を用いる場合、1/2視標を用いる。それ以外の測定方法によるときは、これに相当する視標を用いることとする。

### 4 現 症

	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計①	視野率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	視野率⑤	損失率⑥
左	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
%

	右	左
外 眼		
中 間 透 光 体		
眼 底		