


視

のり付け	(再交付申請は、申請書に1枚。)	のり付け
写 真 (4cm × 3cm) 脱帽のこと		写 真 (4cm × 3cm) 脱帽のこと

写真の裏面に市名及び氏名を記入すること。  
写真ののり付けは、斜線部分のみとする。

身体障害者診断書・意見書(視覚障害用)

氏 名	年 月 日生	男・女
住 所	市	番地
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、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(軽度化・重度化)・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る。 年 月 日		
病院又は診療所の名称	市	町
所 在 地	郡	村
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〕 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 障害名の欄には、両眼失明等現在起こっている障害を記入し、原因となった疾病・外傷名の欄には、角膜混濁等障害の原因となった疾病等を記入するとともに、該当する事項を○で囲んでください(「その他」を囲んだ場合は( )内に具体的に記入してください。) 2 障害区分や等級決定のため、土浦市から改めて状況及び所見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

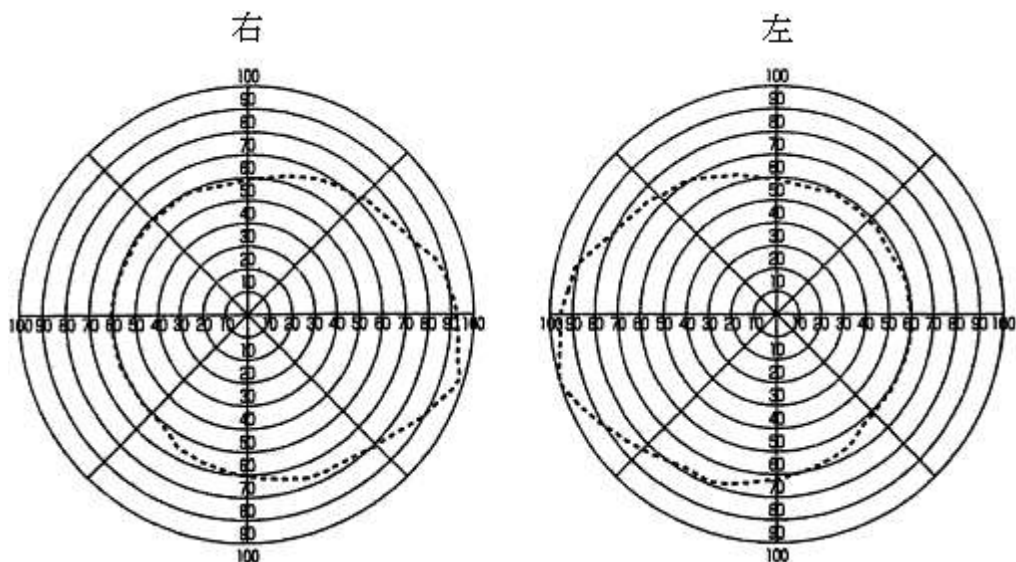
1 視 力

右	裸 眼	(矯 正)
		( × DCyl DAx )
左	裸 眼	(矯 正)
		( × DCyl DAx )

2 視 野 ※ ゴールドマン視野計を用いる場合 I / 4の指標で確認すること。

さく

求心性視野狭窄の有無( 有 ・ 無 )



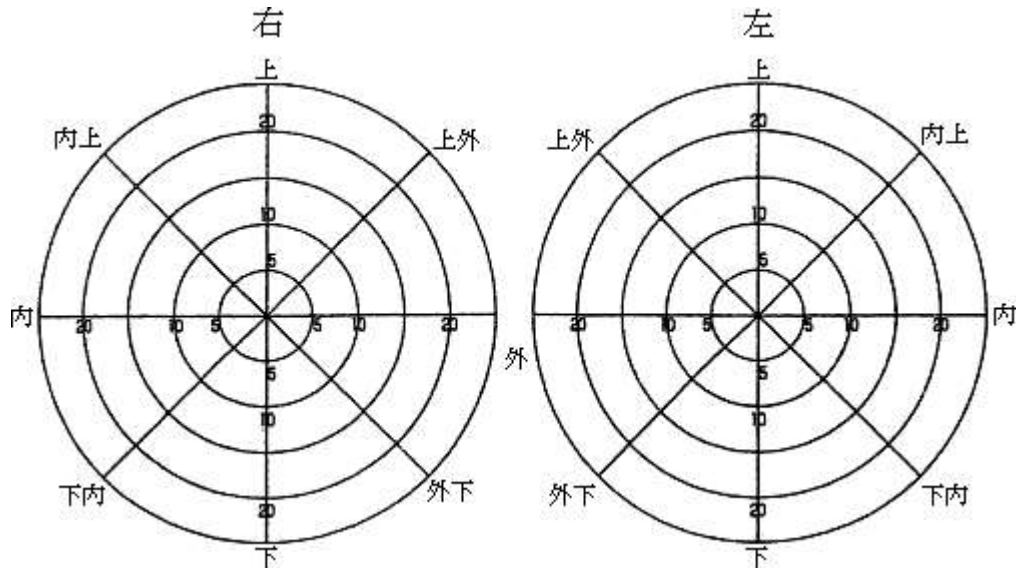
視野障害の計測は、点線で囲まれた正常視野の範囲内で行うものとする。

視野が欠けている部分については、斜線又は塗りつぶすものとする。

計測不可能の場合は、その旨記載するものとする。

3 中心視野 さく ※ 求心性視野狭窄と認められた場合に記載するものとする。

ゴールドマン視野計を用いる場合 I / 2 の指標で確認すること。



	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)

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

両眼の損失率
%

4 現 症

	右	左
外 眼		
中間透光体		
眼 底		