

医学的意見書		(視覚障害用)	
氏名		大正・昭和 年 月 日生 平成・令和	
住所	埼玉県 郡 町 市 村		
① 障害名			
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。)	<p style="text-align: center;">障害固定又は障害確定 (推定) 右 年 月 日 左 年 月 日</p>		
⑤ 障害認定所見	<p style="text-align: center;">障害程度 (級相当) 軽度化による将来再認定 要年 ・ 不要月後) (再認定の時期)</p>		
⑥ その他参考となる合併症状			
更生医療	期間	入院 日間・通院 日間 (回)	
	事前検査 具体的方針 効果		
補装具	新・再・修	名称 処方 効果	
所見	<p style="text-align: center;">医療機関名 所在地 診療担当科 作成医師氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>		

I の II

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									①	度
左									②	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)

(③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		

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 / 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。