様式第1号

（表　面）

障害児福祉手当認定診断書（視覚障害用）

①　（ふりがな） 氏　名		男・女	②　生年月日	平成 令和　年　月　日	
③　住　所			④　障害の原因となった傷病名		
⑤　傷病の原因又は誘因	先天性 後天性（疾病・不慮災・労災・その他）		⑥　傷病発生年月日	平成 令和　年　月　日	
⑦　④のため初めて医師の診断を受けた日	平成 令和　年　月　日		⑧　将来再認定の要	有（　年後）・無	

現症

⑨ 眼所見（前眼部、中間透光体、眼底所見）

⑩ 視力

	裸眼	矯正視力
右		×　D　(　cyl　D　Ax　°)
左		×　D　(　cyl　D　Ax　°)

⑪ 視野　**※ 視野図のコピーを添付してください。**

・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してください。
・自動視野計を用いた場合は、両眼開放エスターマンテストの検査結果及び10-2プログラムの検査結果がわかるものを添付してください。

ア．ゴールドマン型視野計

（ア）周辺視野の評価（Ⅰ／4）

両眼による視野が2分の1以上欠損　（　はい　・　いいえ　）

どちらかに記入してください。

（イ）中心視野の評価（Ⅰ／2）

中心視野の角度

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右									a	度
左									b	度

両眼中心視野角度（Ⅰ／2）　（（aとbのうち大きい方）　×3 ＋（aとbのうち小さい方））／4 ＝　　度

イ．自動視野計

（ア）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

（イ）中心視野の評価（10-2プログラム）

右	c	点（≧26dB）
左	d	点（≧26dB）

両眼中心視野視認点数　（（cとdのうち大きい方）×3＋（cとdのうち小さい方））／4 ＝　　点

⑫ 備 考	（本人の状態について特記すべきことがあれば記入してください（例えば、視力や視野についての検査を補完し、障害の状態を客観的に証明できる他覚的所見等（網膜電位、視覚誘発電位等））。）

上記のとおり診断します。

令和　　年　　月　　日

病院又は診療所の名称

所　　在　　地

診療担当科名　　医師氏名

◎　裏面の注意をよく読んでから記入してください。

◎　字は楷（かい）書ではっきりと書いてください。　（A列4番）

注意

1　この診断書は、障害児福祉手当の受給資格を認定するための資料の一つです。
この診断書は、障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定が遅くなることがありますので、詳しく記入してください。

2　○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けてそれに記入してください。

3　⑦の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、障害者が障害の原因となった傷病について初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。また、それが不明の場合には、その旨を記入してください。

4　⑩の欄の「矯正視力」の欄は、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記入してください。
なお、眼内レンズ挿入眼は裸眼と同様に扱い、屈折異常がある場合は適正に矯正した視力を測定してください。

5　視野は、ゴールドマン型視野計又は自動視野計を用いて測定してください。
ゴールドマン型視野計を用いる場合、中心視野の測定にはⅠ／2の視標を用い、周辺視野の測定にはⅠ／4の視標を用いてください。自動視野計を用いる場合、両眼開放視認点数は視標サイズⅢによる両眼開放エスターマンテストで測定し、両眼中心視野視認点数は視標サイズⅢによる10-2プログラムで測定してください。

6　⑪の欄のア（イ）「中心視野の角度」は、Ⅰ／2の視標を用いて左右眼ごとに8方向の視野の角度（Ⅰ／2の視標が視認できない部分を除いて算出）を該当する方向の欄に記入し、8方向の角度を合算した数値を「合計」の欄に記入してください。

7　口頭による諸検査結果と他覚所見とが一致しないような場合は、備考欄になるべく詳しく診断結果を付加記入してください。