

(表 面)

障害児福祉手当認定診断書(視覚障害用)					
① 氏 名		男・女	② 生 年 月 日	平成 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 年 月 日	
⑦ ④のため初めて医師の 診断を受けた日	平成 年 月 日		⑧ 将来再認定の要	有 (年後) ・ 無	

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)

(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
左									b

度

(aとbのうち大きい方) (aとbのうち小さい方)

両眼中心視野
角度(Ⅰ／２) (× 3 +) / 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 (× 3 +) / 4 = 点

