

## 第1号様式(第3条関係)

## 身体障害者診断書・意見書

総括表

( 視 覚 障 害 用 )

|                                                                                                                                                                     |                 |                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------|
| 氏 名                                                                                                                                                                 | 年 月 日生<br>( ) 歳 | 男 ・ 女                                     |
| 住 所                                                                                                                                                                 |                 |                                           |
| ① 障害名<br>(部位も明記)                                                                                                                                                    |                 |                                           |
| ②原因となった<br>疾病・外傷名                                                                                                                                                   |                 | 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、<br>自然災害、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みます。)                                                                                                                                   |                 |                                           |
| 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 (軽減化・重度化) ・ 不要 】 (再認定時期 年 月)                                                                                                                              |                 |                                           |
| ⑥ その他参考となる合併症状                                                                                                                                                      |                 |                                           |
| 上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。<br>年 月 日<br>病院又は診療所の名称<br>所 在 地<br>診療担当科名 科 15 条指定医師氏名 印                                                                                 |                 |                                           |
| 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】<br>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に<br>・ 該当する ( 級相当)<br>・ 該当しない                                                                  |                 |                                           |
| 備考 1 「①障害名」欄には、病名ではなく現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、視野障害等を記入してください。<br>2 「②原因となった疾病・外傷名」欄には、緑内障、網膜色素変性症等原因となった基礎疾患名を記入してください。<br>3 障害区分や等級決定のため、横須賀市社会福祉審議会から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 | 裸眼視力 | 矯正視力 |   |   |     |   |    |   |
|------|------|------|---|---|-----|---|----|---|
| 右眼   |      | ×    | D | ⊖ | cyl | D | Ax | ° |
| 左眼   |      | ×    | D | ⊖ | cyl | D | Ax | ° |

備考 明暗弁、光覚弁、手動弁は視力0、指数弁（50cm以下）は0.01として計算します。

2 視野 **必ず視野検査の結果を添付してください**

## ●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

※ゴールドマン型視野計を用いた視野図は、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。

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。

## 身体障害者手帳の申請手続きについてのご案内

身体障害者手帳の交付を申請するためには、障害者手帳を取得する方の以下ものが必要となります。

なお、診断書をおとりになっても、身体障害者手帳が交付されない場合がありますので、手帳取得要件・基準に該当しているか事前に指定医師にご相談ください。

身体障害者手帳は申請から交付まで約1カ月程度かかります。ご了承ください。

◎ **診断書** 申請日より3か月以内に身体障害者福祉法第15条に定める指定を受けた医師が記載したもの  
(指定医師についてご不明の方は障害福祉課へお問い合わせください)

◎ **写 真** 1枚  
・たて4cmよこ3cmのものでご本人の顔がはっきりと写っているもの（上半身を写したもの）  
・一年以内に撮影したもので、帽子等をかぶっていないもの。

◎ **マイナンバーのわかるもの**  
マイナンバーカード、マイナンバー通知等

◎ **代理人の本人確認書類及び委任状など**  
代理人が申請する場合のみ

### 補足

- 障害の区分（内容）によって診断書の種類が異なります。間違った種類の診断書をとっていただいても、障害者手帳が交付されない場合がありますのでご注意ください。
- 手帳取得に係る費用については自己負担となり、手帳交付対象とならなかった場合でも返金等は致しかねます。ご了承ください。

※ 申請窓口は、市役所分館1階の障害福祉課です。

TEL 046-822-8248