別記第４号様式（第７条関係）

**身体障害者診断書・意見書**

**総　括　表**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　（　　　　　　　　　　　障害用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 年　　　　月　　　　日生 | | 男　　女 |
| 住　所 | | | |
| 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  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 ・ 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。併せて次の意見を付す。  　　　　　 　年　　月　　日  　　　　　病院又は診療所の名称  　　　　　所在地  　　　　　診療担当科名　　　　　　　　　　科　　医師氏名 | | | |
| 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号）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）    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　等級による個別級   |  |  | | --- | --- | | 部位 | 等級 | | 視力 | 級 | | 視野 | 級 |   　 　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　障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には緑内障、先天性難聴、、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。  　　　２　歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書（別紙）を添付してください。  　　　３　障害区分や等級決定のため、北海道社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分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   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | 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）  　　　ア　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） | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   　　　イ　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） | | | | | | |  | | （ |  | ×３ | ＋ |  | ）／４＝ |  | 度 |   　両眼中心  　視野角度（Ⅰ／２）  　又は  　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） | | | | | | |  | | （ |  | ×３ | ＋ |  | ）／４＝ |  | 点 |   　両眼中心視野  　視認点数  ３　現　症   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | 右 | 左 | | 前眼部 |  |  | | 中間透光体 |  |  | | 眼底 |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | ゴールドマン型視野計又は自動視野計の結果貼付欄 |   （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。 |