

(フリガナ) 氏名	住所 住所地の郵便番号		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日生(歳)	性別	男・女																																																																								
① 障害の原因 となった 傷病名	都道府県		② 傷病の発生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	診 本 (年 月 日)	療 人 の 申 立 て (年 月 日)																																																																								
④ 傷病の原因 又は誘因	初診年月日(昭和・平成・令和 年 月 日)		⑤ 既存 障害	⑥ 既往症		③ ①のため初めて医師 の診療を受けた日																																																																											
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療 の効果が期待できない状態を含む) かどうか。		傷病が治っている場合 …………… 治った日 平成・令和 年 月 日		傷病が治っていない場合 …………… 症状のよくなる見込		有 ・ 無 ・ 不明		確 認 推 定																																																																									
⑧ 診断書作成医療機関に おける初診時所見		初診年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日)																																																																															
⑨ 現在までの治療の内容、 期間、経過、その他の 参考となる事項		診療回数		年間		回、月平均		回																																																																									
		手術歴		部位 左 ・ 右		眼球摘出 ・ その他の手術		手術名()																																																																									
				手術年月日(年 月 日)																																																																													
⑩ 障 害 の 状 態 (平成・令和 年 月 日現症)																																																																																	
(1) 視 力					(3) 所 見																																																																												
<table border="1"> <tr> <th></th> <th>裸 眼</th> <th colspan="3">矯 正 視 力</th> <th colspan="5"></th> </tr> <tr> <td>右</td> <td>×</td> <td>D</td> <td>○</td> <td>cyl</td> <td>D</td> <td>Ax</td> <td>°</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>×</td> <td>D</td> <td>○</td> <td>cyl</td> <td>D</td> <td>Ax</td> <td>°</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>						裸 眼	矯 正 視 力								右	×	D	○	cyl	D	Ax	°			左	×	D	○	cyl	D	Ax	°			<table border="1"> <tr> <th></th> <th>右</th> <th>左</th> </tr> <tr> <td>前眼部所見</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>中間透光体所見</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>眼底所見</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						右	左	前眼部所見			中間透光体所見			眼底所見																																
	裸 眼	矯 正 視 力																																																																															
右	×	D	○	cyl	D	Ax	°																																																																										
左	×	D	○	cyl	D	Ax	°																																																																										
	右	左																																																																															
前眼部所見																																																																																	
中間透光体所見																																																																																	
眼底所見																																																																																	
(2) 視 野 ※ 視野図のコピーを添付してください。					(4) その他の障害 (その程度・症状・治療経過等を記載してください。)																																																																												
<p>・ゴールドマン型視野計を用いた場合は、1/4の視標の視野図のコピー及び1/2の視標の視野図のコピーを添付してください。なお、どのイソプタが1/4の視標や1/2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。</p> <p>・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。</p>					<p>該当するもののローマ数字を○で囲んでください。</p> <p>I 調節機能 / II 輻輳機能 / III 瞳孔</p> <p>IV まぶたの欠損 / V まぶたの運動 / VI 眼球の運動</p>																																																																												
<p>ア. ゴールドマン型視野計</p> <p>(ア) 周辺視野の評価(1/4)</p> <p>① 周辺視野の角度</p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th>上</th> <th>内上</th> <th>内</th> <th>内下</th> <th>下</th> <th>外下</th> <th>外</th> <th>外上</th> <th>合計</th> <th>度</th> </tr> <tr> <td>右</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>左</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>② 両眼による視野が2分の1以上欠損 (はい ・ いいえ)</p> <p>(イ) 中心視野の評価(1/2)</p> <p>中心視野の角度</p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th>上</th> <th>内上</th> <th>内</th> <th>内下</th> <th>下</th> <th>外下</th> <th>外</th> <th>外上</th> <th>合計</th> <th>度</th> </tr> <tr> <td>右</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>a</td> <td></td> </tr> <tr> <td>左</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>b</td> <td></td> </tr> </table> <p>(aとbのうち大きい方) (aとbのうち小さい方)</p> <p>両眼中心視野 角度(1/2) (<input type="text"/> × 3 + <input type="text"/>) / 4 = <input type="text"/> 度</p>						上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	度	右											左												上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	度	右									a		左									b		<p>イ. 自動視野計</p> <p>(ア) 周辺視野の評価</p> <p>両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数 <input type="text"/> 点</p> <p>(イ) 中心視野の評価(10-2プログラム)</p> <table border="1"> <tr> <td>右</td> <td>c</td> <td>点(≥26dB)</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>d</td> <td>点(≥26dB)</td> </tr> </table> <p>(cとdのうち大きい方) (cとdのうち小さい方)</p> <p>両眼中心視野 視認点数 (<input type="text"/> × 3 + <input type="text"/>) / 4 = <input type="text"/> 点</p>					右	c	点(≥26dB)	左	d	点(≥26dB)
	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	度																																																																							
右																																																																																	
左																																																																																	
	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	度																																																																							
右									a																																																																								
左									b																																																																								
右	c	点(≥26dB)																																																																															
左	d	点(≥26dB)																																																																															
⑪ 現症時の日常生活 動能力及び労働能力 (必ず記入してください。)					⑬ 備 考																																																																												
⑫ 予 後 (必ず記入してください。)					⑭ 備 考																																																																												

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、本人の申立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

(お願い) 障害の状態は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

(お願い) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

上記のとおり、診断します。 年 月 日
病院又は診療所の名称 診療担当科名
所在地 医師氏名