

令和 7 年度 身体障害者福祉法  
第 15 条指定医師研修会資料  
(視覚障害)

診断書記入例

2026 年 1 月 25 日

## 診断書記入例 ①

身体障害者診断書・意見書 (視覚障害用)

総括表

氏名	○○○○	1961年 9月25日生 (64歳)	男	・女
住所	○○○○○○○○			
① 障害名 (部位を明記)	両眼視力・視野障害			
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、 両網膜色素変性			
③ 疾病・外傷発生年月日	1991年頃 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。)	30歳頃から夜間見えづらくなり、眼科受診し、上記診断を受ける。 2013年より当院にて定期的に経過観察中、徐々に視野狭窄が進行、視力も低下を認めている。 障害固定又は障害確定 (推定) 2026年1月25日			
⑤ 総合所見 視力 (矯正後) : 右=(0.1) 左=(0.1) 視野:周辺視野角度の総和が左右とも80度以下、両眼中心視野角度28度以下 視覚障害が高度であり、日常生活全般に支障をきたしている。	[ 軽度化による将来再認定 (再認定の時期 年 月後) 要・不要 ]			
⑥ その他参考となる合併症状				
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 2026年1月25日				
病院又は診療所の名称 所 在 地	○○眼科クリニック ○○○○			
診療担当科名	眼	科	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] 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 (2級相当) ・該当しない	内訳	視力	4級	
		視野	2級	
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、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁狭窄等原因となった疾患者名を記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、埼玉県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	0.03	0.1	×	-△.△	D	○	cyl -	D Ax	°
左 眼	0.01	0.1	×	-△.△	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)

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	4	4	4	3	3	3	3	3	27	度 ( $\leq 80$ )
左	5	2	0	0	0	0	0	0	7	度 ( $\leq 80$ )

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	2	2	1	1	1	1	1	① 10	度
左	2	0	0	0	0	0	0	0	② 2	度

両眼中心

(①と②のうち大きい方)

(①と②のうち小さい方)

視野角度 (I / 2)

( 10 × 3 + 2 ) / 4 = 8 度

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 ( $\geq 26$  dB)

左 ④ \_\_\_\_\_ 点 ( $\geq 26$  dB)

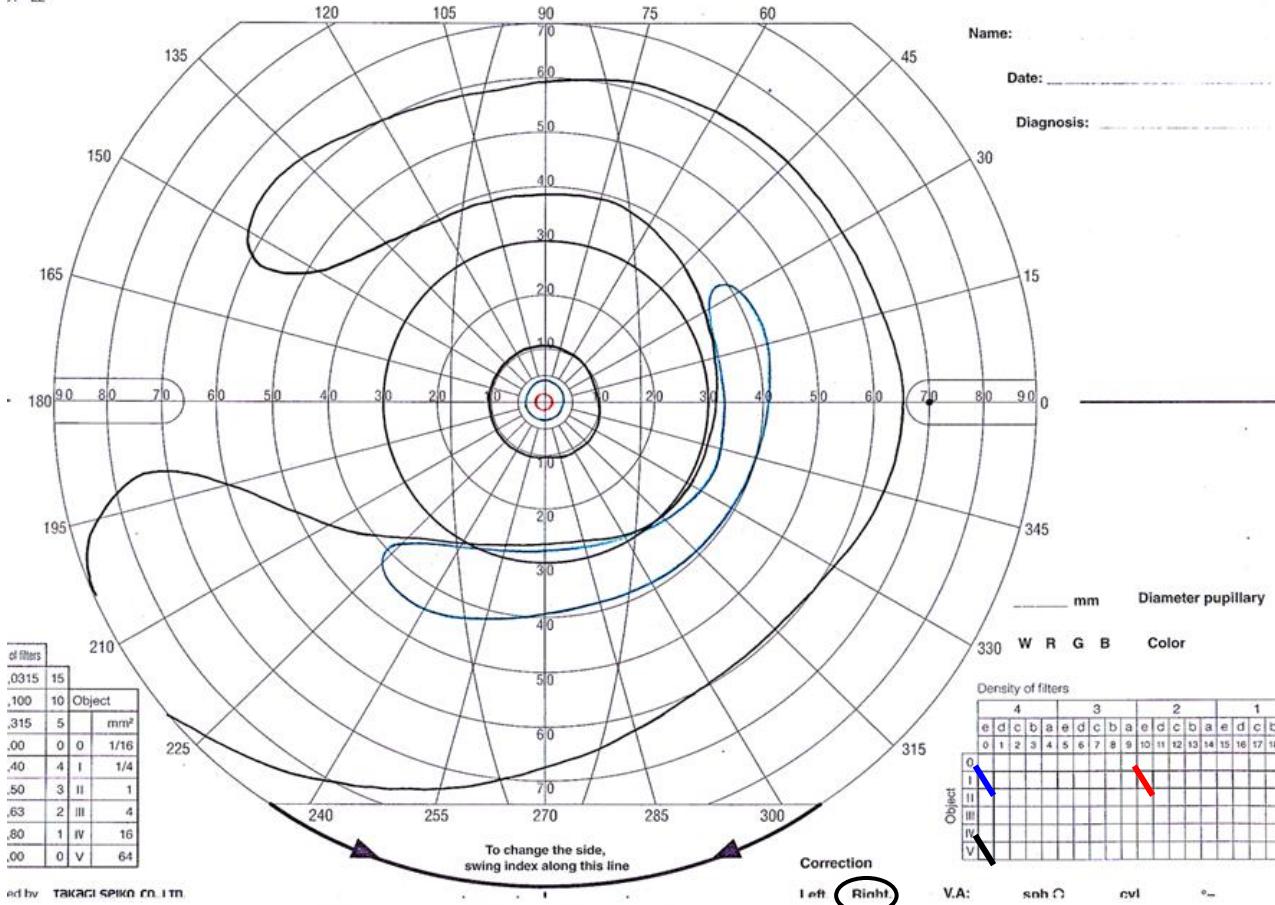
両眼中心視野  
視認点数

(③と④のうち大きい方)  
( ③と④のうち小さい方 )  
( \_\_\_\_\_ × 3 + \_\_\_\_\_ ) / 4 = \_\_\_\_\_ 点

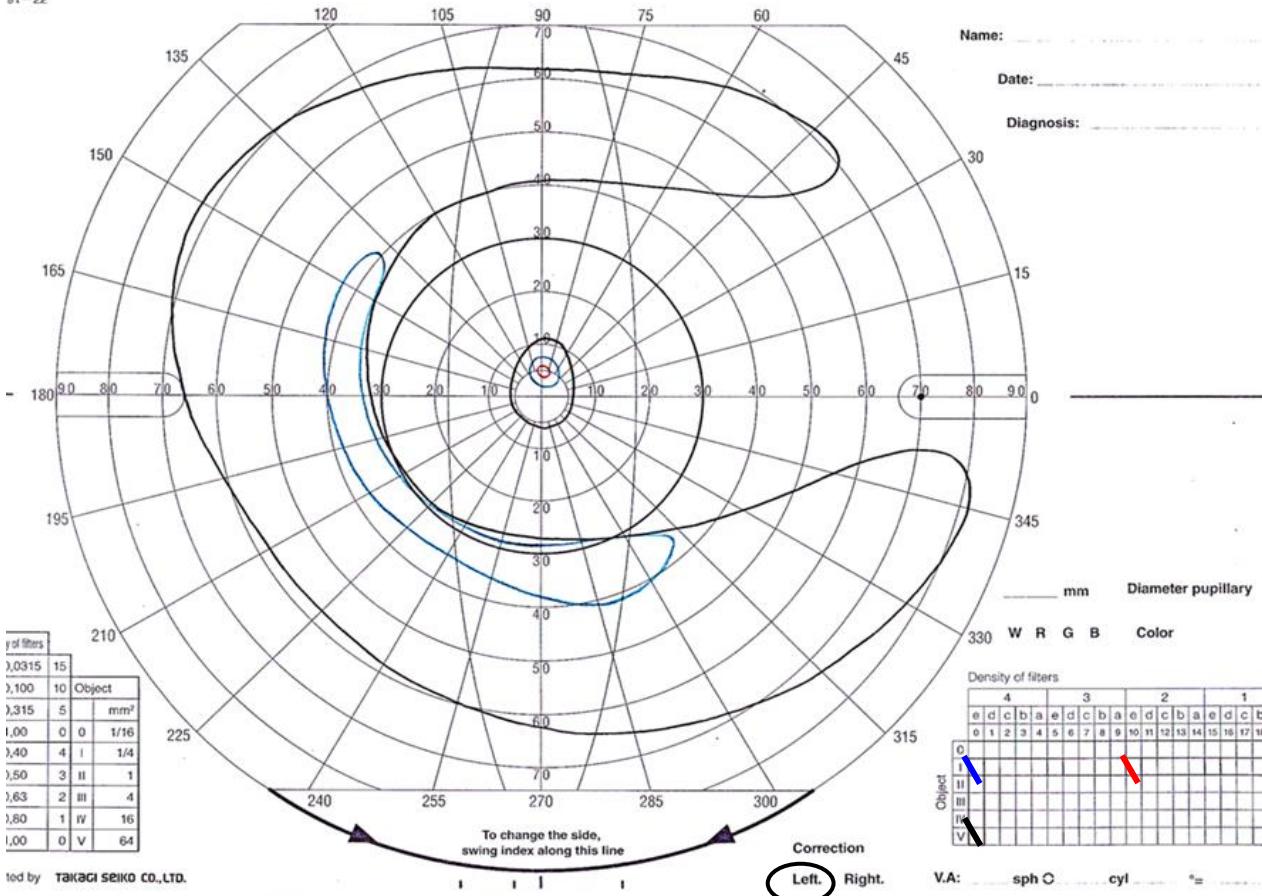
3 現症

	右	左
前 眼 部	異常なし	異常なし
中 間 透 光 体	異常なし	異常なし
眼 底	網膜色素変性	網膜色素変性

91-22



91-22



## 診断書記入例 ②

身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

### 総括表

氏名	〇〇〇〇	1970年 10月24日生 (55歳)	男 · 女				
住所	〇〇〇〇〇〇〇						
① 障害名（部位を明記）	両眼視力・視野障害						
③ 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、 視神経萎縮 （疾患、先天性、その他）						
③ 疾病・外傷発生年月日	不詳	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。）	幼小児期より弱視で上記診断。 転居に伴い、2016年1月29日 当院初診。両眼共に視神経乳頭蒼白を認めている。 障害固定又は障害確定（推定）2026年1月25日						
⑤ 総合所見	視力・視野障害のため日常生活全般に支障をきたしている。						
	〔 軽度化による将来再認定 要・ 不要 (再認定の時期 年 月後) 〕						
⑥ その他参考となる合併症状							
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 2026年1月25日							
病院又は診療所の名称	〇〇病院						
所 在 地	〇〇〇〇						
診療担当科名	眼科	医師氏名	〇〇〇〇 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〕							
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 ・該当しない	(3級相当)	内訳	<table border="1"> <tr> <td>視力</td> <td>3級</td> </tr> <tr> <td>視野</td> <td>5級</td> </tr> </table>	視力	3級	視野	5級
視力	3級						
視野	5級						
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、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、埼玉県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	0.04	0.05	×	-△.△	D	○	cyl	-△.△	D Ax △△°
左 眼	0.03	矯正不能	×		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)

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 ( $\leq 80$ )
左										度 ( $\leq 80$ )
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	
									①	度
									②	度

両眼中心視野角度 (I / 2)  $(\text{①と②のうち大きい方} \times + \text{①と②のうち小さい方}) / 4 = \underline{\hspace{2cm}} \text{ 度}$

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  $\underline{\hspace{2cm}} 120 \text{ 点}$

(2) 中心視野の評価 (10-2プログラム)

右 ③ 15 点 ( $\geq 26 \text{ dB}$ )

左 ④ 12 点 ( $\geq 26 \text{ dB}$ )

両眼中心視野 視認点数  $(\text{③と④のうち大きい方} \times 3 + \text{③と④のうち小さい方}) / 4 = \underline{\hspace{2cm}} 14 \text{ 点}$

3 現症

	右	左
前 眼 部	異常なし	異常なし
中 間 透 光 体	異常なし	異常なし
眼 底	視神経乳頭蒼白	視神経乳頭蒼白

## 診断書記入例 ② 自動視野計

