

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	〇〇〇〇	1961年 9月25日生（64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						
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、 疾病 、先天性、その他（ ）						
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。）	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>障害固定又は障害確定（推定）2026年1月25日</p>						
⑤ 総合所見	<p>視力（矯正後）：右＝（0.1） 左＝（0.1）</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>〔 軽度化による将来再認定 要・不要 〕 （再認定の時期 年 月後）</p>						
⑥ その他参考となる合併症状							
<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。</p> <p>2026年1月25日</p> <p>病院又は診療所の名称 〇〇眼科クリニック</p> <p>所在地 〇〇〇〇</p> <p>診療担当科名 眼科 医師氏名 〇〇〇〇 印</p>							
<p>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〕</p> <p>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <p>該当する（2級相当） 内訳</p> <table border="1"> <tr> <td>視力</td> <td>4級</td> </tr> <tr> <td>視野</td> <td>2級</td> </tr> </table> <p>・該当しない</p>				視力	4級	視野	2級
視力	4級						
視野	2級						
<p>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、原因となった疾病には、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。</p> <p>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。</p>							

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 (≦80)
左	5	2	0	0	0	0	0	0	7	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	2	2	1	1	1	1	1	① 10	度
左	2	0	0	0	0	0	0	0	② 2	度

両眼中心視野角度 (I / 2) (①と②のうち大きい方) (①と②のうち小さい方)
 $(10 \times 3 + 2) / 4 = 8$ 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)

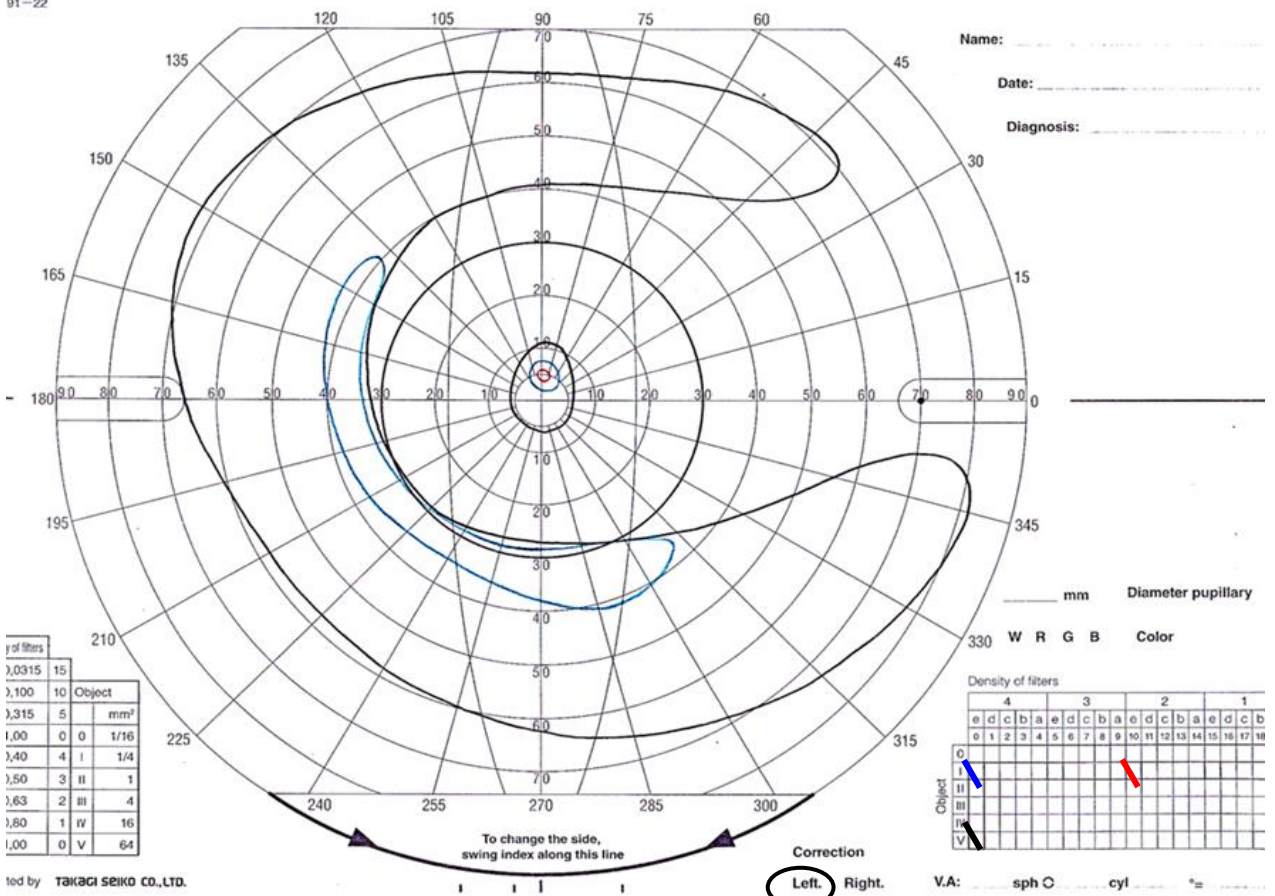
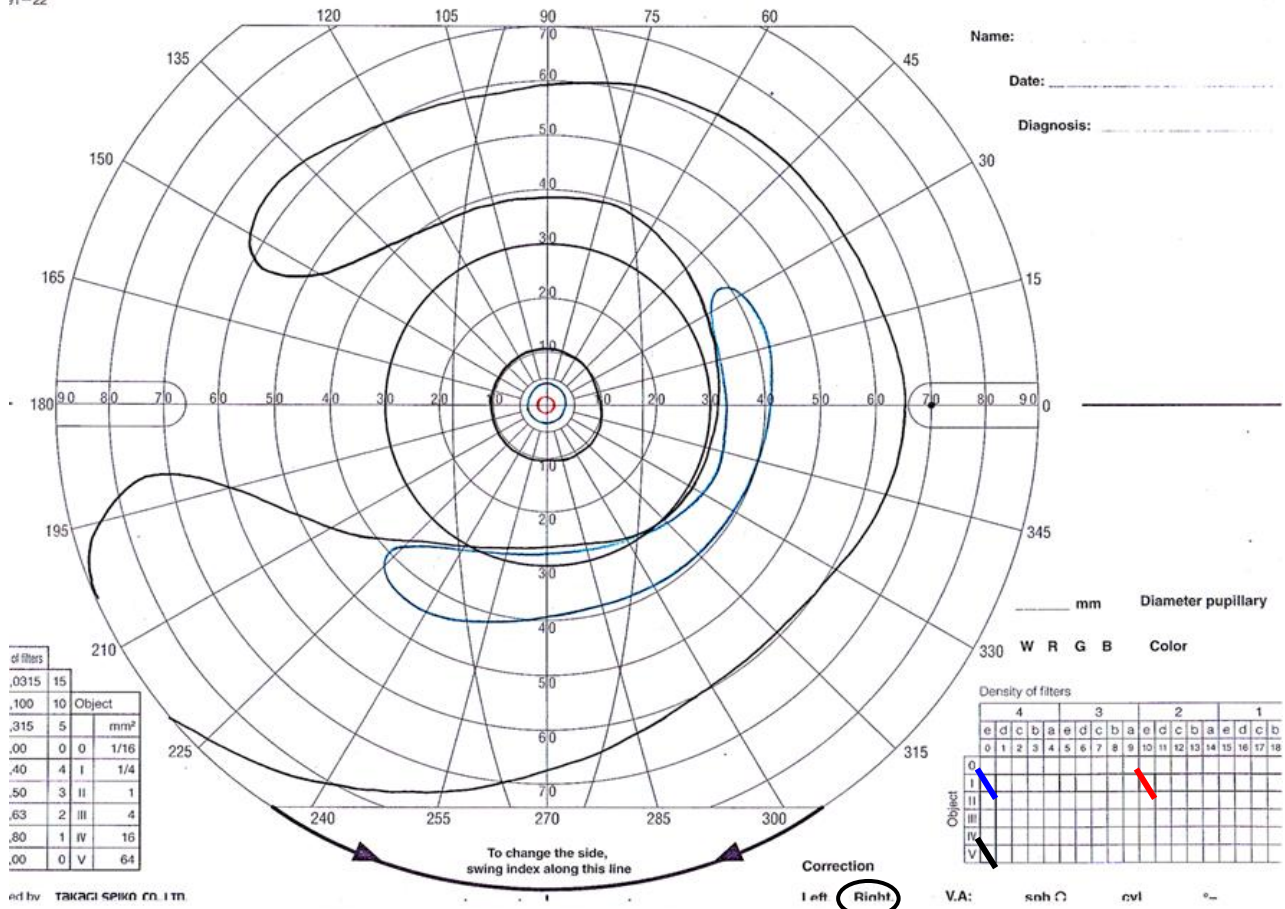
右 ③ 点 (≧26 d B)

左 ④ 点 (≧26 d B)

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)
 $(\times 3 +) / 4 =$ 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



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 疾病、先天性、その他（ ）		
③ 疾病・外傷発生日	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（3 級相当） 内訳 ・該当しない			
		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、原因となった疾病には、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 (≦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	
									①	度
									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) (× +) / 4 = _____ 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 120 点

(2) 中心視野の評価 (10-2プログラム)

右 ③ 15 点 (≧26 d B)

左 ④ 12 点 (≧26 d B)

両眼中心視野 (③と④のうち大きい方) (③と④のうち小さい方)
視認点数 (15 × 3 + 12) / 4 = 14 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

