

視 覚 障 害 診 断 書

氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (歳)
診断名 (障害の直接の原因となっている傷病名については、1. に記入)	1.	発症年月日 (年 月 日頃)			
	分類:	[・感染症 ・中毒性疾患 ・その他の疾病 ・出生時の損傷 ・交通事故 ・労働災害 ・スポーツ事故 ・先天性 ・その他 () ・不明]			
	2.	発症年月日 (年 月 日頃)			
	3.	発症年月日 (年 月 日頃)			
手術歴	1.	年 月頃	(傷病名:)		
	2.	年 月頃	(傷病名:)		
	3.	年 月頃	(傷病名:)		
眼圧のコントロール状況 (直近6ヶ月間)	<input type="checkbox"/> コントロール良好 <input type="checkbox"/> コントロール不良 <input type="checkbox"/> 不明 <small>※「コントロール不良」もしくは「不明」とした場合、具体的な状況を記入</small>				
傷病経過・治療内容	(傷病経過・現症状・治療内容) (現在の内服薬・外用薬の使用状況) ※処方箋 (写) 又は薬手帳 (写) : 処方内容が分かるもの添付で可				
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 (〒) 住 所 (TEL : - -) (FAX : - -) 医師氏名 印					

主な理学的所見及び検査結果

(検査日 : 年 月 日)

1 視 力 (裸眼及び矯正)

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 自動視野計

※視野コピーを貼付してください。

(注1) ゴールドマン型視野計を用いた視野図を添付する場合は、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

(注2) 自動視野計を用いた視野図を添付する場合は、エスターマン及び10-2プログラムの両方の検査結果を添付すること

3 現 症

	左	右
前 眼 部		
中間透光体		
眼 底		