

視 覚 障 害 診 断 書

| | | | | | | | |
|---|--|---|---------|---|---|---|-------|
| 氏名 | 性別 | 男 女 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | (満 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1/4の視標によるものか、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 | | |