

身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

総括表

氏 名	年 月 日生（ ）歳	男・女						
住 所								
① 障害名（部位を明記）								
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 疾病 先天性 その他（ ）								
③ 疾病・外傷発生年月日								
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。）								
障害固定又は障害確定（推定）								
年 月 日								
⑤ 総合所見								
〔将来再認定 要・不要〕 (再認定の時期 年 月)								
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。								
年 月 日								
病院又は診療所の名称 所 在 地 担当診療科名 科 医師氏名								
Ⓜ								
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〕								
等級表による個別等級								
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;">部 位</th> <th style="width:50%;">等 級</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;">視 力</td> <td style="width:50%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">視 野</td> <td style="width:50%;"></td> </tr> </tbody> </table>		部 位	等 級	視 力		視 野	
部 位	等 級							
視 力								
視 野								
<ul style="list-style-type: none"> <li>・該当する（ 級相当）</li> <li>・該当しない</li> </ul>								
注								
1 障害名には、現在起っている障害、例えば視力障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、糖尿病性網膜症等原因となった疾患名を記入してください。								
2 「障害の状態及び所見を記載した書面」（別様式）を添付してください。								
3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて問い合わせる場合があります。								