

様式第1号

(表 面)

特別児童扶養手当認定診断書

(眼の障害用)

(ふりがな) 氏名		生年月日	平成・令和 年 月 日生(歳)	性別	男・女																														
住所		住所地の郵便番号 ()	都道府県	市区																															
① 障害の原因となった傷病名	② 傷病の発生年月日		平成 年 月 日	・診療録で確認 ・本人の申立																															
	③ ①のため初めて医師の診断を受けた日		平成 年 月 日	・診療録で確認 ・本人の申立																															
④ 傷病の原因又は誘因	・先天性 ・後天性(疾病・不慮災・その他) 初診年月日(平成・令和 年 月 日)	⑤ 既存障害	⑥ 既往症																																
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。)かどうか。		傷病が治っている場合 …………… 治った日 平成・令和 年 月 日		確認推定																															
傷病が治っていない場合 …………… 症状のよくなる見込 有 ・ 無 ・ 不明																																			
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 (平成・令和 年 月 日)																																			
⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項		診療回数	年間 回、月平均 回	手術歴																															
		部位 左・右 眼球摘出・その他の手術		手術名() 手術年月日(年 月 日)																															
⑩ 障害の状態 (令和 年 月 日現症)																																			
(1) 視力			(3) 所見																																
<table border="1"> <tr> <th>裸眼</th> <th colspan="5">矯正視力</th> </tr> <tr> <td>右</td> <td>×</td> <td>D</td> <td>⊖</td> <td>cyl</td> <td>D Ax °</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>×</td> <td>D</td> <td>⊖</td> <td>cyl</td> <td>D Ax °</td> </tr> </table>			裸眼	矯正視力					右	×	D	⊖	cyl	D Ax °	左	×	D	⊖	cyl	D Ax °	<table border="1"> <tr> <th></th> <th>右</th> <th>左</th> </tr> <tr> <td>前眼部</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>中間透光体</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>眼底</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				右	左	前眼部			中間透光体			眼底		
裸眼	矯正視力																																		
右	×	D	⊖	cyl	D Ax °																														
左	×	D	⊖	cyl	D Ax °																														
	右	左																																	
前眼部																																			
中間透光体																																			
眼底																																			
(2) 視野 ※ 視野図のコピーを添付してください。 ・ゴールドマン型視野計を用いた視野図を添付する場合には、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してください。 ・自動視野計を用いた場合は、両眼開放エスターマンテストの検査結果及び10-2プログラムの検査結果がわかるものを添付してください。																																			
① ゴールドマン型視野計																																			
(ア) 周辺視野の評価(I / 4)																																			
周辺視野の角度																																			
	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計																										
右										度																									
左										度																									
(イ) 中心視野の評価(I / 2)																																			
中心視野の角度																																			
	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計																										
右									a	度																									
左									b	度																									
(aとbのうち大きい方) (aとbのうち小さい方)																																			
両眼中心視野角度(I / 2) () × 3 + () / 4 = () 度																																			
② 自動視野計																																			
(ア) 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																																			
(イ) 中心視野の評価(10-2プログラム)																																			
	右	c	点(≥26dB)		(cとdのうち大きい方) (cとdのうち小さい方)																														
	左	d	点(≥26dB)																																
両眼中心視野視認点数(I / 2) () × 3 + () / 4 = () 点																																			
⑪ 現症時の日常生活活動能力 (必ず記入してください。)																																			
⑫ 予 後 (必ず記入してください。)																																			

