

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 傷病の発生日	平成・令和 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・令和 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) 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	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" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>裸眼</td> <td colspan="4">矯正視力</td> </tr> <tr> <td>右</td> <td>×</td> <td>D</td> <td>cyl</td> <td>D Ax</td> <td>°</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>×</td> <td>D</td> <td>cyl</td> <td>D Ax</td> <td>°</td> </tr> </table>				裸眼	矯正視力				右	×	D	cyl	D Ax	°	左	×	D	cyl	D Ax	°	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>右</td> <td>左</td> </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。																																			
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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、どのインプタが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。</li> <li>・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。</li> </ul>																																			
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																																			
どちらかに記入してください。		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																																			
どちらかに記入してください。		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)																																
	左	d	点(≥26dB)																																
(cとdのうち大きい方)(cとdのうち小さい方)																																			
両眼中心視野視認点数 ( ) × 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。)																																			

