

# 《眼の障害》

## 障害基礎年金・障害厚生年金の診断書作成の留意事項

参考資料2	眼の障害専門家会合(第1回)
	令和3年4月30日

(眼) 国民年金 厚生年金保険 **診 断 書** (眼の障害用) 様式第120号の1

(ア) 氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日 生(歳)	性別	男・女																															
住 所	都道府県	市区	町	丁目	番																															
① 障害の原因となった傷病名	② 傷病の発生日	昭和 平成	年 月 日	③ ①のため初めて医師の診療を受けた日	昭和 平成	年 月 日																														
④ 傷病の原因又は誘因	初診年月日(昭和・平成 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。かどうが)	傷病が治っている場合	治った日	平成 年 月 日	確認	確定																															
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所属	初診年月日(昭和・平成 年 月 日)																																			
⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他の参考となる事項	診療回数	年	回	月平均	回																															
⑩ 障害の状態 (平成 年 月 日現在)																																				
(1) 視力 (視力測定は標準照度は200ルクスとしてください)		(3) 所見																																		
<table border="1"> <tr> <th></th> <th>裸眼</th> <th>矯正</th> <th>矯正眼鏡</th> </tr> <tr> <td>右眼</td> <td></td> <td></td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>左眼</td> <td></td> <td></td> <td>D</td> </tr> </table>			裸眼	矯正	矯正眼鏡	右眼			D	左眼			D	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">右</th> <th colspan="2">左</th> </tr> <tr> <td>前眼部所見</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>中間透光体所見</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>眼底所見</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				右		左		前眼部所見				中間透光体所見				眼底所見						
	裸眼	矯正	矯正眼鏡																																	
右眼			D																																	
左眼			D																																	
右		左																																		
前眼部所見																																				
中間透光体所見																																				
眼底所見																																				
(2) ① 視野 (ゴールドマン視野計を用いる場合は1/4の視標で測定してください)		(4) 調節機能・輻輳機能・瞳孔																																		
<table border="1"> <tr> <th>左</th> <th>右</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		左	右			<table border="1"> <tr> <td>(5) まぶたの欠損・まぶたの運動</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(6) 眼珠の運動</td> <td></td> </tr> </table>				(5) まぶたの欠損・まぶたの運動		(6) 眼珠の運動																								
左	右																																			
(5) まぶたの欠損・まぶたの運動																																				
(6) 眼珠の運動																																				
②-1 中心視野 (ゴールドマン視野計を用いる場合は1/2の視標で測定してください)		②-2 中心視野の角度(1/2の測定値)																																		
<table border="1"> <tr> <th>左</th> <th>右</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		左	右			<table border="1"> <tr> <th>上</th> <th>上外</th> <th>外</th> <th>下外</th> <th>下</th> <th>下内</th> <th>内</th> <th>上内</th> <th>計</th> </tr> <tr> <td>右</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>左</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				上	上外	外	下外	下	下内	内	上内	計	右									左								
左	右																																			
上	上外	外	下外	下	下内	内	上内	計																												
右																																				
左																																				
⑪ 視座時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入してください)		⑫ 備考																																		

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により捺消してください。)

上記のとおり、診断します。 年 月 日

病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名 医師氏名

**①欄**  
障害年金の支給を求める傷病名を記入してください。

**⑦欄**  
「傷病が治っている場合」は、初診日から1年6カ月以内に、治療を行っても回復の見込みがなく、その症状が変わらない状態となった場合、その日を記入してください。

**⑪欄**  
現症時の日常生活活動能力だけでなく、労働能力についても必ず記入してください。

**⑫欄**  
診断時に判断できない場合は、「不詳」と記入してください。

**〈お願い〉**  
この診断書は、障害年金の障害等級を判定するために、作成をお願いしているものです。  
記入漏れや疑義が生じた場合は、作成された医師に照会させていただくことがありますので、ご承知置きください。

**③欄**  
①欄の傷病のために初めて医師の診療を受けた日を記入します。診療録で確認できるときは、「診療録で確認」を○で囲んでください。確認できないときは、「本人の申立て」を○で囲み、申立て年月日を記入してください。

**初診年月日と現症日の記入漏れがないようお願いします。**

**⑩欄(4)(5)(6)**  
該当する障害がある場合は、記入してください。

**⑩欄(2)**  
視野障害がある場合、ゴールドマン視野計の測定により、①にI/4の測定結果を②-1にI/2の測定結果を記入するとともに、②-2中心視野の角度欄には左右8方向の角度と計を記入してください。

**⑬欄**  
本人の状態について特記すべきことがあれば記入してください。

※ 氏名・生年月日・住所など記入漏れがないかご確認ください。

