

〈目の障害〉

障害基礎年金・障害厚生年金の診断書作成の留意事項

**欄**  
障害年金の支給を求める傷病名を記入してください。

**欄**  
「傷病が治っている場合」は、初診日から1年6ヵ月以内に、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。

**欄(2)**  
視野障害がある場合は、ゴールドマン型視野計を用いた場合はア.に、自動視野計を用いた場合はイ.に、それぞれ評価を記入するとともに、指定された視野図のコピーを添付してください。

ア. ゴールドマン型視野計で測定する場合  
(ア)に周辺視野の評価を、(イ)に中心視野の評価を記入してください。また、 $1/4$ の指標の視野図のコピー及び $1/2$ の指標のコピーを添付してください。

イ. 自動視野計で測定する場合  
(ア)に周辺視野の評価を、(イ)に中心視野の評価を記入してください。また、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。

**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。

国民年金 厚生年金保険 診断書 (目の障害用) 様式第120号の1

氏名 (フリガナ) 氏名 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日生(歳) 性別 男・女

住所 住居地の郵便番号 都道府県 市区町村

① 障害の原因となった傷病名 ② 傷病の発生日 昭和 平成 令和 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 令和 年 月 日

④ 傷病の原因又は誘因 初診年月日(昭和・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(昭和・平成・令和 年 月 日) ⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他の参考となる事項 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 手術年月日( 年 月 日)

⑩ 障害の状態 (平成・令和 年 月 日現症)

(1) 視力 裸眼 矯正視力 右 左 ③ 所見 前眼部所見 中間透光対見 眼底所見

(2) 視野 ※ 視野図のコピーを添付してください。 (ア) ゴールドマン型視野計 (イ) 自動視野計

(4) その他の障害 (その程度・症状・治療経過等を記載してください。該当するもののローマ数字を○で囲んでください。 I 調節機能 / II 輻輳機能 / III 瞳孔 / IV まぶたの欠損 / V まぶたの運動 / VI 眼球の運動)

⑪ 現症時の日常生活能力及び労働能力 (必ず記入してください) ⑫ 予後 (必ず記入してください) 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、斜線により抹消してください。)

上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 診療担当科名 医師氏名

**欄**  
欄の傷病のために初めて意思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、「本人の申し立て」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。

**欄(4)**  
該当する障害がある場合は、記入してください。

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

**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。

**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。

