

診 断 書 (視 覚 障 害 関 係)

氏 名		生年月日	大正 昭和 平成				性 別	
			年	月	日生	男	女	
住 所								
診 断 名								
現 症	視 力							
	右	(×	D Cyl	D Ax)		
左	(×	D Cyl	D Ax)			

○ 視野障害により試験時間延長を希望する者の現症

(障害者手帳交付のための新しい認定基準(平成30年7月1日施行)に準じて測定をお願いいたします。)
 ゴールドマン型視野計を用いた視野図は、1/4の視標と1/2の視標が明確にわかるようにしてください。
 ※ 視野コピーを添付してください。

ゴールドマン型視野計

(1) 周辺視野の評価 (I/4)

① 両眼の視野が中心10度以内

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右										度 (≦80)
左										度 (≦80)
	② 両眼による視野が2分の1以上欠損 (はい・いいえ)									

(2) 中心視野の評価 (I/2)

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右									①	度
左									②	度

両眼中心視野角度 (I/2) (①と②のうち大きい方) (①と②のうち小さい方)
 (× 3 +) / 4 = 度

または
自動視野計

(1) 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

(2) 中心視野の評価 (10-2プログラム)

右 ③ 点 (≧26dB)

左 ④ 点 (≧26dB)

両眼中心視野視認点数 (③と④のうち大きい方) (③と④のうち小さい方)
 (× 3 +) / 4 = 点

