

国民年金保険 厚生年金保険 船員保険 診 断 書 (眼の障害用)

眼

氏名 (フリガナ)		昭和 年 月 日生(歳)		男・女													
住所		住所地の郵便番号		郡市区 町区 村													
① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発生年月日		昭和 年 月 日													
		③ ①のため初めて医師の診断を受けた日		昭和 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。)かどうか		傷病が治っている場合……治った日 平成 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 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													
				手術名()													
				手術年月日(年 月 日)													
⑩ 障害の状態 (平成 年 月 日 現症)																	
(1) 視力 (視力測定の際の照度は200ルクスとしてください)			(3) 所見														
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>裸眼</th> <th>矯正</th> <th>矯正眼鏡</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>				裸眼	矯正	矯正眼鏡	右眼			D	左眼			D	前眼部所見		
	裸眼	矯正	矯正眼鏡														
右眼			D														
左眼			D														
			右														
			左														
(2) 視野 (傷病から視野障害を測定する必要があると認めた場合には測定してください)			中間透光体所見														
			右														
			左														
			眼底所見														
			右														
			左														
(4) 調節機能・輻輳機能			(5) まぶたの欠損														
⑪ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力																	
⑫ 予 後 (必ず記入してください)																	
⑬ 備 考																	

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、本人の申立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

(お願い) 障害の状態は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

(お願い) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

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。 平成 年 月 日
病院又は診療所の名称 診療担当科名
所在地 医師氏名

印

記入上の注意

- 1 この診断書は、国民年金、厚生年金保険又は船員保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表、厚生年金保険法施行令別表又は船員保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。

〔 また、この診断書は、国民年金、厚生年金保険又は船員保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。 〕

- 2 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。
- 3 ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。（なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。）
- 4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
 - (1) 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がありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
 - (2) ⑩の欄の「(1) 視力」の測定結果は、過去3か月間において複数回の測定を行っている場合は、最良の値を示したものを記入してください。
- 5 「矯正眼鏡」の欄は、眼科的に最も適正な常用し得る矯正眼鏡又はコンタクトレンズによって得られた視力を記入してください。

なお、眼内レンズを挿入したものについては、挿入後の矯正視力を測定してください。
- 6 視野は、ゴールドマン視野計及び自動視野計又はこれらに準ずるものを用いて測定してください。

ゴールドマン視野計を用いる場合、中心視野の測定には I/2 の視標を用い、周辺視野の測定には I/4 の視標を用いてください。それ以外の測定方法による場合は、これに相当する視標を用いることとし、余白に測定方法を記入してください。