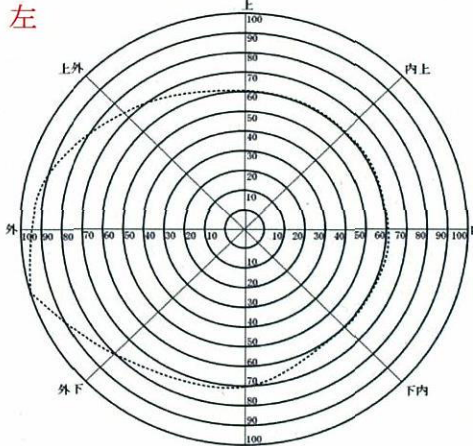
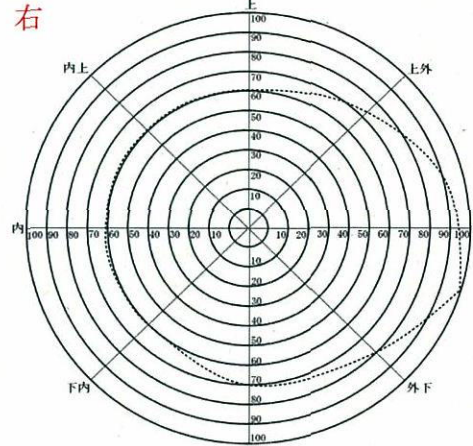
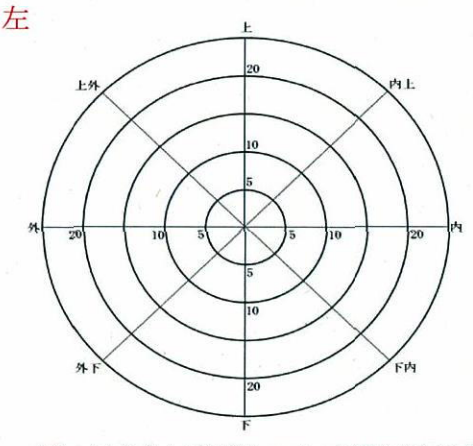
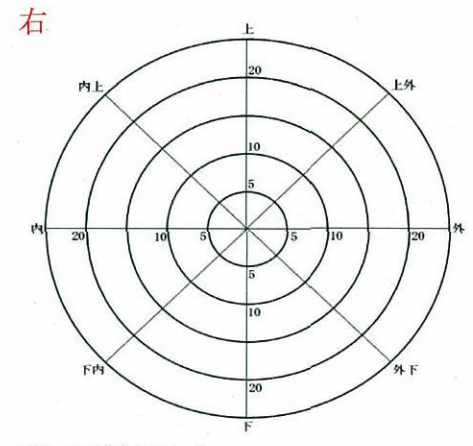


(フリガナ) 氏 名		生年月日		昭和 平成	年	月	日生(歳)	性別	男 ・ 女																														
住 所		住所地の郵便番号		都道府県		市区																																	
① 障害の原因 となった 傷 病 名		② 傷病の発生年月日		昭和 平成		年	月	日	診 療 録 で 確 認 (年 月 日)																														
				③ ①のため初めて医師 の診療を受けた日		昭和 平成		年	月	日	診 療 録 で 確 認 (年 月 日)																												
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 (視力測定の際標準照度は200ルクスとしてください。)				(3) 所 見																																			
<table><tr><td></td><td>裸 眼</td><td>矯 正</td><td>矯 正 眼 鏡</td></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><tr><td></td><td>右</td><td>左</td></tr><tr><td>前眼部所見</td><td></td><td></td></tr><tr><td>中間透光体所見</td><td></td><td></td></tr><tr><td>眼底所見</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I/4の視標で測定してください。				(4) 調節機能 ・ 輻輳機能 ・ 瞳孔																																			
左  右 				(5) まぶたの欠損 ・ まぶたの運動																																			
(2)-1 中心視野 ゴールドマン視野計を用いる場合はI/2の視標で測定してください。																																							
左  右 				(2)-2 中心視野の角度																																			
(注: 見えない部分について黒又は黒斜線で塗りつぶしてください。)				<table><tr><td></td><td>上</td><td>上外</td><td>外</td><td>外下</td><td>下</td><td>下内</td><td>内</td><td>内上</td><td>計</td></tr><tr><td>左</td><td>度</td><td>度</td><td>度</td><td>度</td><td>度</td><td>度</td><td>度</td><td>度</td><td>度</td></tr><tr><td>右</td><td>度</td><td>度</td><td>度</td><td>度</td><td>度</td><td>度</td><td>度</td><td>度</td><td>度</td></tr></table>							上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計	左	度	度	度	度	度	度	度	度	度	右	度	度	度	度	度	度	度	度	度
					上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計																										
左	度	度	度	度	度	度	度	度	度																														
右	度	度	度	度	度	度	度	度	度																														
⑪ 現症時の日常生活 活動能力及び労働能力 (必ず記入してください。)				⑫ 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」のどちらかを○で囲み
本人の申立の場合は、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。
病院又は診療所の名称
所 在 地

平成 年 月 日
診療担当科名
医師氏名

印