

視覚障害の状況及び所見

1 視力

	裸眼視力	矯正視力				
右眼		×	D	()	cyl	D Ax °
左眼		×	D	()	cyl	D Ax °

2 視野 ※ 視野障害に該当する場合は必ず視野図の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 両眼の視野が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									③
左									④

両眼中心視野角度 (I/2) (③と④のうち大きい方) (③と④のうち小さい方)
 $(\quad \times 3 + \quad) / 4 = \quad \text{度}$

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 ⑤ 点 (≧ 26dB)
 左 ⑥ 点 (≧ 26dB)

両眼中心視野視認点数 (⑤と⑥のうち大きい方) (⑤と⑥のうち小さい方)
 $(\quad \times 3 + \quad) / 4 = \quad \text{点}$

3 現症

	右	左
前眼部		
中間透光体		
眼底		

視野コピー貼付

(注) ゴールドマン型視野計を用いた視野図を添付する場合には、どのイソプタが 1/4 の視標によるものか、1/2 の視標によるものかを明確に区分できるように記載すること。

参考

障害程度等級表

級別	視覚障害
1 級	視力の良い方の眼の視力（万国式視力表によって測ったものをいい、屈折異常のある者については、矯正視力について測ったものをいう。以下同じ。）が0.01以下のもの
2 級	1 視力の良い方の眼の視力が0.02以上0.03以下のもの
	2 視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの
	3 周辺視野角度（I/4視標による）の総和が左右眼それぞれ80度以下かつ両眼中心視野角度（I/2視標による）が28度以下のもの
	4 両面開放視認点数が70点以下かつ両眼中心視野視認点数が20点以下のもの
3 級	1 視力の良い方の眼の視力が0.04以上0.07以下のもの（2級の2に該当するものを除く。）
	2 視力の良い方の眼の視力が0.08かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの
	3 周辺視野角度（I/4視標による）の総和が左右眼それぞれ80度以下かつ両眼中心視野角度（I/2視標による）が56度以下のもの
	4 両面開放視認点数が70点以下かつ両眼中心視野視認点数が40点以下のもの
4 級	1 視力の良い方の眼の視力が0.08以上0.1以下のもの（3級の2に該当するものを除く。）
	2 周辺視野角度（I/4視標による）の総和が左右眼それぞれ80度以下のもの
	3 両眼開放視認点数が70点以下のもの
5 級	1 視力の良い方の眼の視力が0.2かつ他方の眼の視力が0.02以下のもの
	2 両眼による視野（I/4視標による）の2分の1以上欠けているもの
	3 両眼中心視野角度（I/2視標による）が56度以下のもの
	4 両眼開放視認点数が70点を超えかつ100点以下のもの
	5 両眼中心視野視認点数が40点以下のもの
6 級	視力の良い方の眼の視力が0.3以上0.6以下かつ他方の眼の視力が0.02以下のもの

※平成30年6月30日までに作成された身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第1項に規定する医師の診断書及び同条第3項に規定する意見書で、視野障害に係る京都独自基準により4級以上の認定を受け、同法施工令（昭和25年政令第78号）第6条第1項に規定する再認定において、改正後の基準で審査して等級が下がるものについては、改正前の基準により認定することができる。

総括表 注意 原因となった疾病には、緑内障、糖尿病、パーキンソン病等原因となった疾病名を記入してください。

氏名	年 月 日生	男 ・ 女
住所		
① 障害名（該当するものを囲むこと。） 視力障害・視野障害		
② 原因となった疾病・外傷名		交通、労災、その他の事故、戦傷 戦災、自然災害、疾病、先天性 その他（ ）
③ 疾病・外傷発生日 年 月 日 発生場所		
④ 参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。）		
障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日		
⑤ 総合所見		
⑥ 将来再認定（障害程度改善見込）※改善の見込がある場合は要に○を付し、不変又は悪化すると予想される場合には不要に○を付すこと。 ※ 要（再認定の時期 年 月） ・ 不要		
⑦ その他参考となる合併症		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名 眼 科 医師氏名 ㊟		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入すること。〕 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・ 該当する（ 級相当） ・ 該当しない		

※ 障害区分や等級決定のため、京都府又は京都府社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。