

様式第1号

(表 面)

特別児童扶養手当認定診断書

(眼の障害用)

(ふりがな) 氏名		生年月日		平成・令和 年 月 日生( 歳)	性別	男・女				
住所		住所地の郵便番号 ( )	都道府県	郡市区						
① 障害の原因となった傷病名	② 傷病の発生年月日		平成 年 月 日	・診療録で確認 ・本人の申立						
	③ ①のため初めて医師の診断を受けた日		平成 年 月 日	・診療録で確認 ・本人の申立						
④ 傷病の原因又は誘因	・先天性 ・後天性(疾病・不慮災・その他) 診年月日(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	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 (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 (令和 年 月 日現症)										
(1) 視力			(3) 所見							
	裸眼	矯正視力			右	左				
右	x	D ( ) cyl D Ax °	前眼部							
左	x	D ( ) cyl D Ax °	中間透光体							
			眼底							
(2) 視野 ※ 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を用いた視野図を添付する場合には、どのインプタがI/4の視標によるものか、I/2の視標によるものかを明確に区別できるように記載してください。 ・自動視野計を用いた場合は、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。										
① ゴールドマン型視野計 (ア) 周辺視野の評価(I/4) 周辺視野の角度										
	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右										度
左										度
(イ) 中心視野の評価(I/2) 中心視野の角度										
	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右									a	度
左									b	度
(aとbのうち大きい方(aとbのうち小さい方) 両眼中心視野 角度(I/2) ( ) × 3 + ( ) / 4 = ( ) 度										
② 自動視野計 (ア) 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										
(イ) 中心視野の評価(10-2プログラム) 右 c ( ) 点(≥26dB)      両眼中心視野視認点数 ( ) × 3 + ( ) / 4 = ( ) 点 左 d ( ) 点(≥26dB)      (cとdのうち大きい方)(cとdのうち小さい方)										
⑪ 現症時の日常生活活動能力 (必ず記入してください。)										
⑫ 予後 (必ず記入してください。)										

