

# 視 覚 障 害 診 断 書

|    |  |    |   |      |    |   |   |   |
|----|--|----|---|------|----|---|---|---|
| 氏名 |  | 性別 | 男 | 生年月日 | 昭和 | 年 | 月 | 日 |
|    |  |    | 女 |      | 平成 |   |   |   |

原因となった  
疾病・外傷名等

分類：

|       |        |         |         |
|-------|--------|---------|---------|
| ・感染症  | ・中毒性疾患 | ・その他の疾病 | ・出生時の損傷 |
| ・交通事故 | ・労働災害  | ・スポーツ事故 |         |
| ・先天性  | ・その他（  | ）       | ・不明     |

視覚障害のあらわれた時期 年 月 頃

視覚障害のため就業不能になった時期 年 月 頃

眼 圧 右眼： \_\_\_\_\_ mmHg 左眼： \_\_\_\_\_ mmHg

|                                      |            |   |  |
|--------------------------------------|------------|---|--|
| 現<br>在<br>治<br>療<br>中<br>の<br>疾<br>患 | (現症状・治療内容) | 内<br>服<br>薬<br>・<br>外<br>用<br>薬<br>等<br>の<br>使<br>用<br>状<br>況 |  |
|                                      |            |   |  |

上記のとおり診断する。

平成 年 月 日

医療機関名

(〒 )

住 所

(TEL : - - )

(FAX : - - )

医 師 氏 名

印

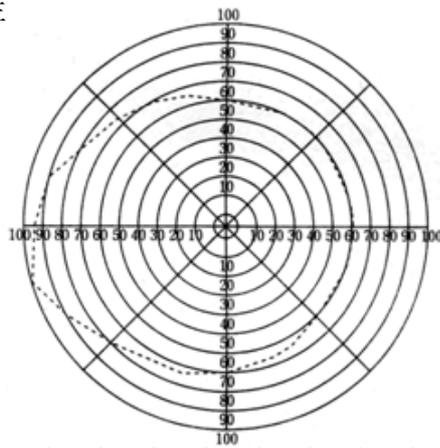
1 視 力 (裸眼及び矯正)

|   |   |   |       |      |   |
|---|---|---|-------|------|---|
| 右 | ( | × | D cyl | D Ax | ) |
| 左 | ( | × | D cyl | D Ax | ) |

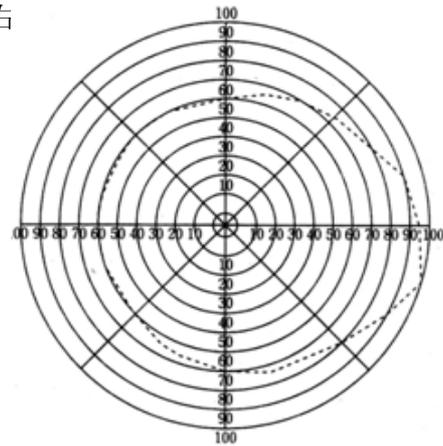
2 視 野 (視野障害の計測は点線で囲まれた正常視野の範囲内で行うものとする。)

視野計 : \_\_\_\_\_

左

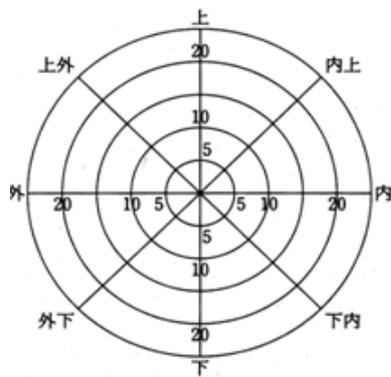


右

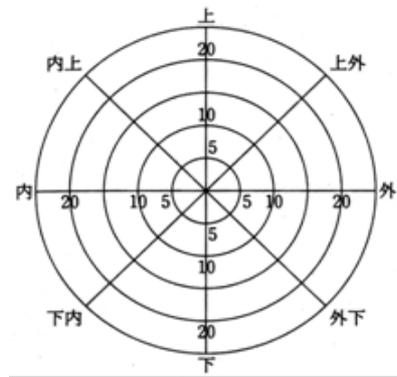


3 中心視野

左



右



4 現 症

|       | 左 | 右 |
|-------|---|---|
| 外 眼   |   |   |
| 中間透光体 |   |   |
| 眼 底   |   |   |