

【指定医の皆様へー診断書・意見書作成にあたってのお願い（視覚障害用）ー】

身体障害者手帳の認定につきましては、日頃よりご協力を賜り誠にありがとうございます。

申請者にすみやかに手帳を交付するため、診断書・意見書を作成される際には本県より配布しております冊子『身体障害者障害程度等級表及び身体障害認定要領』をご参照いただくとともに、以下の点についてもご留意の上、ご記載いただきますようお願いいたします。

1. 診断書・意見書 総括表について

発症からの治療や病状の経過及び現症について障害認定に必要な事項を明記してください。

発生年月日が不明確な場合は推定年月日や初診日等を記載してください。

2. 視覚障害の状況及び所見について**(1) 視力について**

矯正できる場合は必ず矯正視力もご記入ください。(矯正できないときも、「矯正不能」などご記入ください。)

(2) 視野について

視野の測定には、ゴールドマン型視野計又は自動視野計を用いて下さい。ゴールドマン型視野計で判定する場合は、I / 4、I / 2の視標を用い、自動視野計で判定する場合は、周辺視野の評価には両眼開放エスターマンテスト、中心視野の評価には10-2プログラムを用いて下さい。

(ゴールドマン型視野計と自動視野計の測定結果を混在させることはできません。)

自動視野計を用いる場合は、視標サイズⅢ、背景輝度 31.5asb で測定し、dB 値の計算は指標輝度 10000asb を 0 dB としたスケールで測定してください。10-2 プログラムは適宜矯正レンズを使用し、両眼開放エスターマンテストは矯正眼鏡を装用せずに実施してください。

視野障害の申請には、診断書・意見書に周辺視野・中心視野の評価を記載し、必ず視野図を添付してください。

3 その他留意事項**(1) 障害固定時期の目安**

原則、3か月後(手術後は6か月)の症状が安定した期間を確認して障害固定としております。

白内障手術や角膜移植により、視機能の改善が見込まれる場合での御診断では、障害認定が困難になる場合がありますのでご留意ください。

【ご不明な点についてはこちらへお問い合わせください】

愛知県中央児童・障害者相談センター

TEL : 052 - 961 - 7253 FAX : 052 - 950 - 2355

愛知県西三河児童・障害者相談センター

TEL : 0564 - 27 - 2889 FAX : 0564 - 27 - 2816

愛知県東三河児童・障害者相談センター

TEL : 0532 - 35 - 6150 FAX : 0532 - 54 - 6466