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 令和　　年　　月　　日	・診療録で確認 ・本人の申立て
		③ **①のため初めて医師の診断を受けた日**	平成 令和　　年　　月　　日	・診療録で確認 ・本人の申立て
④ **傷病の原因又は誘因**	・先天性 ・後天性（疾病・不慮災・その他） 初診年月日（平成・令和　　年　　月　　日）	⑤ **既存障害**		⑥ **既往歴**

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　　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 （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

	裸眼	矯　正　視　力
右		×　D　（　）　cyl　D　Ax　°
左		×　D　（　）　cyl　D　Ax　°

(3) 所　見

	右	左
前　眼　部		
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、どのイソプタが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

どちらかに記入してください

（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										度
左										度

両眼中心視野角度（Ⅰ／２）　（aとｂのうち大きい方）（　　）× 3 ＋（aとｂのうち小さい方）（　　）／ 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）
左	d	点　（≧２６ｄＢ）

両眼中心視野視認点数（Ⅰ／２）　（　　）× 3 ＋（　　）／ 4 ＝（　　）点

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄は斜線により抹消してください。字は楷書ではっきりとご記入ください。

（裏面）

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）	
⑬ **備考**	（本人の状態について特記すべきことがあれば記入してください。（例えば、視力や視野についての検査を補完し、障害の状態を客観的に証明できる他覚的所見等（網膜電位、視覚誘発電位等））。）

上記のとおり、診断します。

令和　　年　　月　　日

病院又は診療所の名称　　診療担当科名

所在地　　医師氏名

注　意

1　この診断書は、特別児童扶養手当の受給資格を認定するための資料の一つです。
この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されます。
記入事項に不明な点がありますと認定が遅くなることがあります。できるだけ詳しく記入してください。

2　○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、備考欄や別紙に記入してください。

3　③の欄は、障害者が障害の原因となった傷病について、初めて医師の診断を受けた日を記入してください。
他の医師や医療機関で診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。

4　⑨の欄の「診療回数」は、現症日前１年間における診療回数を記入してください。（なお、入院日数１日は、診療回数１回として計算してください。）

5　「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
(1) 本人の障害の程度及び状態に無関係な欄は斜線により抹消してください。
なお、該当欄に記入しきれない場合は、備考欄や別紙に記入してください。
(2) ⑩の欄の「（1）視力」の測定結果は、過去3ヶ月間において複数回の測定を行っている場合は、それぞれ記入してください。

6　⑩の欄の「（1）視力の「矯正視力」の欄は、最良視力が得られる矯正レンズによって得られた視力を記入してください。
なお、眼内レンズ挿入眼は裸眼と同様に扱い、屈折異常がある場合は適正に矯正した視力を測定してください。

7　視野は、ゴールドマン型視野計又は自動視野計を用いて測定してください。
ゴールドマン型視野計を用いる場合、中心視野の測定にはⅠ／２の視野を用い、周辺視野の測定にはⅠ／４の視標を用いてください。自動視野計を用いる場合、両眼開放視認点数は視標サイズⅢによる両眼開放エスターマンテストで測定し、両眼中心視野視認点数は視標サイズⅢによる10-2プログラムで測定してください。

8　⑩の欄の（2）①（ア）「周辺視野の角度」は、Ⅰ／４の視標を用いて、左右眼ごとに８方向の視野の角度（Ⅰ／４の視標が視認できない部分を除いて算出）を該当する方向の欄に記入し、８方向の角度を合算した数値を「合計」の欄に記入してください。

9　⑩の欄の（2）①（イ）「中心視野の角度」は、Ⅰ／２の視標を用いて、左右眼ごとに８方向の視野の角度（Ⅰ／２の視標が視認できない部分を除いて算出）を該当する方向の欄に記入し、８方向の角度を合算した数値を「合計」の欄に記入してください。