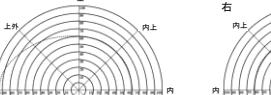
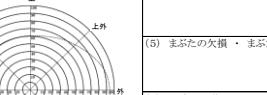
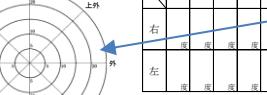


障害基礎年金・障害厚生年金の診断書作成の留意事項

《眼の障害》

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------|---------------|--|------------------------------------|---------|-----|---|----|-----|----|---|---|---|----|---|---|-------|---|---------|---|------|---|---|---|--|
| 國民年金 厚生年金保険 | | 診 断 書 (眼の障害用) | | 様式第120号の1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (アガト) 氏名 | | | 生年月日 | 昭和 年 月 日 生(歳) | 性別 男・女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | 住所地郵便番号 | 都道府県 | 都市区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① 障害の原因となつた傷病名 | | | ② ③ 傷病の発生年月日 昭和 年 月 日 本人の申立て日 平成 年 月 日 病院の申立て日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④ 傷病の原因又は誘因 | | | ⑤ 既存障害 初診年月日(昭和・平成 年 月 日) | 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 年 月 日 | 傷病が治っていない場合 症状のよくなる見込 有・無・不明 | 確認推定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧ 参照する皮膚疾患名 初診年月日 (昭和 年 月 日) | | | 診療回数 年間 回、月平均 回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他の参考となる事項 | | | 部位 左・右 手術歴 手術名(手術年月日(年 月 日)) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ⅲ 障 害 の 状 態 (平成 年 月 日 気候) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1) 視 力 (视力測定の標準照度は200ルクスとしてください。) | | | (2) 所 見 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr><td>裸眼</td><td>矯 正</td><td>矯 正 眼 鏡</td></tr> <tr><td>右 眼</td><td></td><td>D</td></tr> <tr><td>左 眼</td><td></td><td>D</td></tr> </table> | | | 裸眼 | 矯 正 | 矯 正 眼 鏡 | 右 眼 | | D | 左 眼 | | D | <table border="1"> <tr><td>右</td><td>左</td></tr> <tr><td>前眼部所見</td><td></td></tr> <tr><td>中間透光体所見</td><td></td></tr> <tr><td>眼底所見</td><td></td></tr> </table> | | | 右 | 左 | 前眼部所見 | | 中間透光体所見 | | 眼底所見 | | | | |
| 裸眼 | 矯 正 | 矯 正 眼 鏡 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 右 眼 | | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 左 眼 | | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 右 | 左 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前眼部所見 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 中間透光体所見 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼底所見 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (2)① 視野 ゴールドマン視野計を用いる場合は1/4の視標で測定してください。 | | | (4) 調節機能・輻輳機能・瞳孔 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|   | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (2)-1 中心視野 ゴールドマン視野計を用いる場合は1/2の視標で測定してください。 | | | (5) 主訴の欠損・主訴の運動 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|   | | | (6) 眼球の運動 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (注)見えない部分について黒又は黒斜線で塗りつぶしてください。 | | | (2)-2 中心視野の角度(I/2の測定値) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 明視時の日常生活活動能力(必ず記入してください) | | | <table border="1"> <tr><td>右</td><td>上</td><td>上外</td><td>外</td><td>下外</td><td>下</td><td>下内</td><td>内</td><td>内上</td><td>計</td></tr> <tr><td>左</td><td>底</td><td>底</td><td>底</td><td>底</td><td>底</td><td>底</td><td>底</td><td>底</td><td></td></tr> </table> | | | 右 | 上 | 上外 | 外 | 下外 | 下 | 下内 | 内 | 内上 | 計 | 左 | 底 | 底 | 底 | 底 | 底 | 底 | 底 | 底 | |
| 右 | 上 | 上外 | 外 | 下外 | 下 | 下内 | 内 | 内上 | 計 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 左 | 底 | 底 | 底 | 底 | 底 | 底 | 底 | 底 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (12) 予 後 (必ず記入してください) | | | (13) 備 考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により消去してください。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のおおり、診断します。 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病院又は診療所の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療担当科名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

①欄 障害年金の支給を求める傷病名を記入してください。

⑦欄 「傷病が治っている場合」は、初診日から1年6ヶ月以内に、治療を行っても回復の見込みがなく、その症状が変わらない状態となった場合、その日を記入してください。

⑪欄 現症時の日常生活活動能力だけでなく、労働能力についても必ず記入してください。

⑫欄 診断時に判断できない場合は、「不詳」と記入してください。

この診断書は、障害年金の障害等級を判定するために、作成をお願いしているものです。

記入漏れや疑義がある場合は、作成された医師に照会することができますので、ご了承ください。

③欄 ①欄の傷病のために初めて医師の診療を受けた日を記入します。診療録で確認できるときは、「診療録で確認」を○で囲んでください。確認できないときは、「本人の申立て」を○で囲み、申立て年月日を記入してください。

初診年月日と現症日の記入漏れがない
ようお願いします。

⑩欄 (4)(5)(6) 該当する障害がある場合は、記入してください。

⑩欄（2）視野障害がある場合、ゴールドマン視野計の測定により、①に I / 4 の測定結果を②-1 に I / 2 の測定結果を記入するとともに、②-2 中心視野の角度欄には左右8方向の角度と計を記入してください。

⑬欄 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。