

診 断 書 (視 覚 障 害 関 係)

| | | | | | | | |
|-------|-----|------|---|---|-----|-----|------|
| 氏 名 | | 生年月日 | 年 | 月 | 日生 | 性 別 | |
| | | | | | | 男 | 女 |
| 住 所 | | | | | | | |
| 診 断 名 | | | | | | | |
| 現 症 | 視 力 | | | | | | |
| | 右 | (| × | D | Cyl | D | Ax) |
| | 左 | (| × | D | Cyl | D | Ax) |

○ 視野障害により試験時間延長を希望する者の現症

※ 視認コピーを必ず添付してください。
 なお、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。

※ 身体障害者手帳交付のための認定基準（平成30年7月1日施行）に準じた基準で測定してください。

視野
 ゴールドマン型視野計

(1) 周辺視野の評価（Ⅰ／４）

① 両眼の視野が中心10度以内

| | 上 | 内上 | 内 | 内下 | 下 | 外下 | 外 | 外上 | 合計 | |
|---|---|----|---|----|---|----|---|----|----|--------|
| 右 | | | | | | | | | | 度（≤80） |
| 左 | | | | | | | | | | 度（≤80） |

② 両眼による視野が2分の1以上欠損（ はい ・ いいえ ）

(2) 中心視野の評価（Ⅰ／２）

| | 上 | 内上 | 内 | 内下 | 下 | 外下 | 外 | 外上 | 合計 | |
|---|---|----|---|----|---|----|---|----|----|---|
| 右 | | | | | | | | | ① | 度 |
| 左 | | | | | | | | | ② | 度 |

(①と②のうち大きい方) (①と②のうち小さい方)

両眼中心
 視野角度（Ⅰ／２） (× 3 +) / 4 = 度

又は

自動視野計

(1) 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

(2) 中心視野の評価（10-2プログラム）

| | | |
|---|---|----------|
| 右 | ③ | 点（≥26dB） |
| 左 | ④ | 点（≥26dB） |

(③と④のうち大きい方) (③と④のうち小さい方)

両眼中心視野
 視認点数 (× 3 +) / 4 = 点

