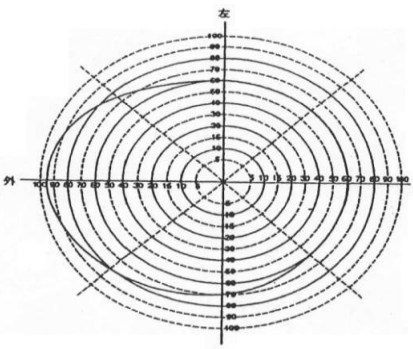
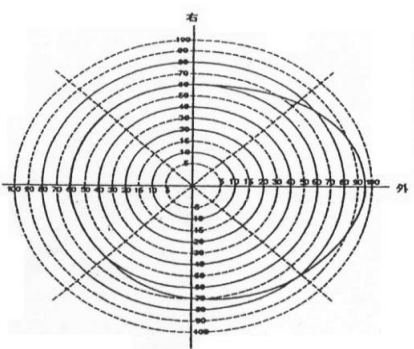


様式第1号

(表 面)

特別児童扶養手当認定診断書

(視覚障害用)

(ふりがな) 氏 名		昭 和 平 成		年	月	日生(歳)	男・女
住 所		住所地の郵便番号 (-)		郡 市 区		町 区 村	
① 障害の原因と なった傷病名							
② 傷病の原因 又は誘因		・先天性 ・後天性(疾病・不慮災・その他)		③傷病発生年月日		昭 和 平 成	
④ ①のため初めて医師 の診断を受けた日		昭 和 平 成		年		月 日	
		⑤将来再認定の要		有 (年後)		・ 無	
⑥ 眼所見(前眼部、中間透光体、眼底所見)							
		裸 眼 視 力		矯 正 視 力		矯正可能な場合は使用眼鏡の種類とそ の度数	
⑦ 視 力		右 眼					
		左 眼					
⑧ 視 野 (傷病から視野障害を測定する必要があると認めた場合には測定してください)							
							
⑨ 現 症 時 の 日 常 生 活 活 動 能 力				⑩ 予 後			
⑪ 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、斜線により抹消してください。)

上記のとおり、診断します。
病院又は診療所の名称
所 在 地

平成 年 月 日
診療担当科名
医師氏名

印

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が、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ので、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、別に紙片をはり付けて記入してください。
- 3 ④の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく障害者が障害の原因となった傷病については初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が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。
また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- 4 「障害の状態」の欄は、次によってください。
 - (1) 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がありません。(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、別に紙片をはりつけてそれ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。
- 5 「矯正視力」の欄は、眼科的に最も適正な常用し得る矯正眼鏡又はコンタクトレンズによって得られた視力を記入してください。
なお、眼内レンズを挿入したものについては、挿入後の矯正視力を測定してください。
- 6 視野は、ゴールドマン視野計及び自動視野計又はこれらに準ずるものを用いて測定してください。
ゴールドマン視野計を用いる場合、中心視野の測定には1/2の視野を用い、周辺視野の測定には1/4の視票を用いてください。
それ以外の測定方法による場合は、これに相当する視票を用いることとし、余白に測定方法を記入してください。