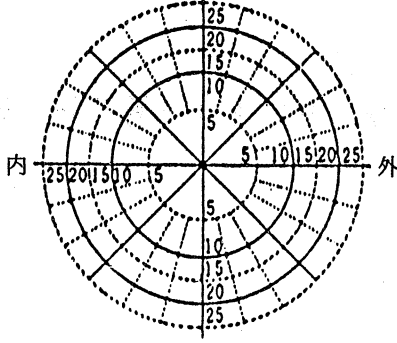
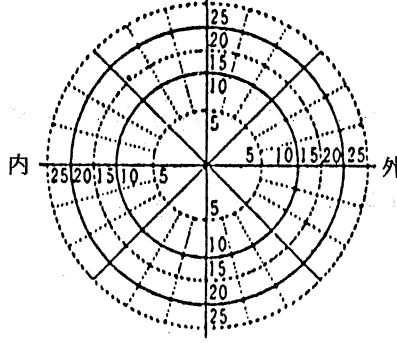


障害児福祉手当・福祉手当認定診断書（視覚障害用）				
①	(ふりがな) 氏 名	男・女	② 生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
③	住 所	④ 障害の原因となった傷病名		
⑤	傷病の原因 又は誘因	先天性 後天性（疾病・不慮災・労災・その他）	⑥	傷病発生 年月日 昭和 平成 年 月 日
⑦	④のためはじめて医師の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日	⑧	将来再認定の要 有（ 年後）・無
現	⑨ 眼所見（前眼部、中間透光体、眼底所見）			
	⑩ 視 力	右 眼	左 眼	裸眼視力
		右 眼	左 眼	矯正視力
	矯正可能な場合は使用眼鏡の種類とその度数			
症	⑪ 視 野			
	右 眼		左 眼	
				
⑫	備 考			
上記のとおり診断します。 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 ⑬

◎ 裏面をよく読んでから記入して下さい。

◎ 字は楷書ではっきり書いて下さい。

（日本工業規格B列4番）

注 意

- 1 この診断書は、障害児福祉手当・福祉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おそくなることがありますので、くわしく記入して下さい。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○でかこんで下さい。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下さい。
- 3 ⑦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じめて医師の診断を受けた日を記入して下さい。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又は父母等の申立によって記入して下さい。また、それが不明の場合には、その旨を記入して下さい。
- 4 ⑩の欄の視力測定の際の照度は、200ルクスとして下さい。
- 5 ⑪の欄は、視野障害が問題となり、特に障害者本人又は父母等から依頼された場合にのみ測定して下さい。
- 6 口頭による諸検査結果と他覚所見とが一致しないような場合は、備考欄になるべくくわしく診断結果を附加記入して下さい。