

眼

国民年金
厚生年金保険
船員保険

診断書 (眼の障害用)

氏名 (フリガナ)		昭和 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 傷病の発生日		昭和 年 月 日 診療録で確認 本人の申し立て (年 月 日)													
		③ ①のため初めて医師の診断を受けた日		昭和 年 月 日 診療録で確認 本人の申し立て (年 月 日)													
④ 傷病の原因又は誘因		初診年月日(昭和・平成 年 月 日)		⑤ 既存障害													
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		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 (昭和・平成 年 月 日)																	
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		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 (平成 年 月 日 現在)																	
(1) 視力 (視力測定の際の照度は200ルクスとしてください)			(3) 所見														
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>裸眼</th> <th>矯正</th> <th>矯正眼鏡</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>右眼</td> <td></td> <td></td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>左眼</td> <td></td> <td></td> <td>D</td> </tr> </tbody> </table>				裸眼	矯正	矯正眼鏡	右眼			D	左眼			D	前眼部所見 右 左		
	裸眼	矯正	矯正眼鏡														
右眼			D														
左眼			D														
(2) 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)			中間透光体所見 右 左														
			眼底所見 右 左														
(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)																	
(4) 調節機能・輻輳機能			(5) まぶたの欠損														
⑪ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力																	
⑫ 予後 (必ず記入してください)																	
⑬ 備考																	

(お願い) 障害の状態は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

「診療録で確認」または「本人の申し立て」のどちらかを○で囲み、本人の申し立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

(お願い) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

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。 平成 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

印