（別添２）

様式第１号　　（別添）

（表　面）

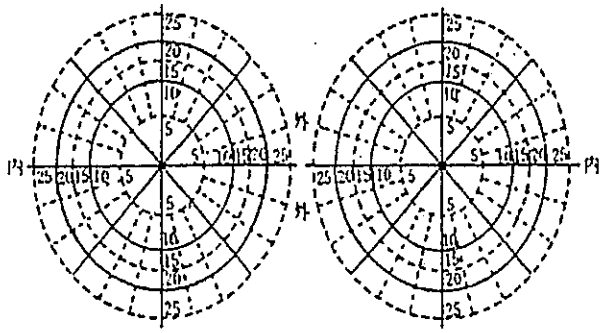
障害児福祉手当（福祉手当）認定診断書（視覚障害用）				
①　（ふりがな） 氏　名		男・女	②　生年月日	明治 大正 昭和 平成　年　月　日
③　住　所			④　障害の原因となつた傷病名	
⑤　傷病の原因又は誘因	先天性 後天性（疾病・不慮災・労災・その他）		⑥　傷病発生年月日	昭和 平成　年　月　日
⑦　④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成　年　月　日		⑧　将来再認定の要	有（　年後）・無

現症

⑨　眼所見（前眼部，中間透光体，眼底所見）

⑩　視力		裸眼視力	矯正視力	矯正可能の場合は使用眼鏡の種類とその度数
	右　眼			
	左　眼			

⑪　視野



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　　㊞

◎　裏面の注意をよく読んでから記入してください。

◎　字は楷書ではつきりと書いてください。　　（日本工業規格Ａ列４番）

（裏　面）

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それに記入してください。

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つた傷病について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つて記入してください。また，それが不明の場合には，その旨を記入してください。

4　⑩の欄の視力測定の際の照度は，200 ルクスとしてください。

5　⑪の欄は，視野障害が問題となり，特に障害者本人又はその父母等から依頼された場合にのみ測定してください。

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，備考欄になるべく詳しく診断結果を付加記入してください。