

障害基礎年金・障害厚生年金の診断書作成の留意事項

《眼の障害》

①欄 障害年金の支給を求める傷病名を記入してください。

⑦欄 「傷病が治っている場合」は、初診日から1年6カ月以内に、治療を行っても回復の見込みがなく、その症状が変わらない状態となった場合、その日を記入してください。

⑪欄 現症時の日常生活活動能力だけでなく、労働能力についても必ず記入してください。

⑫欄 診断時に判断できない場合は、「不詳」と記入してください。

《お願い》
この診断書は、障害年金の障害等級を判定するために、作成をお願いしているものです。
記入漏れや疑義がある場合は、作成された医師に照会することがありますので、ご了承ください。

国民年金 厚生年金保険 診断書 (眼の障害用) 様式第120号の1

(フリガナ) 氏名 生年月日 昭和 平成 年 月 日 生(歳) 性別 男・女

住所 都道府県 市区

① 障害の原因となった傷病名 ② 傷病の発生日 昭和 平成 年 月 日 本人の申立日 昭和 平成 年 月 日

③ ①のため初めて医師の診察を受けた日 昭和 平成 年 月 日 本人の申立日 昭和 平成 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 ⑥ 既往症

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 確定推定 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

⑩ 診察回数 年 回、月平均 回 手術歴 部位 左・右 手術年月日(年 月 日)

⑪ 障害の状態 (平成 年 月 日現在)

(1) 視力 (視力測定の種類は200ルクスとしてください) (3) 所見

右眼	矯正	矯正視力	D	前眼部所見	右	左
左眼	矯正	矯正視力	D	中間透光体所見		
				眼底所見		

(2) ① 視野 ゴールドマン視野計を用いる場合は1/4の視標で測定してください。 (4) 調節機能・輻輳機能・瞳孔

左 右

②-1 中心視野 ゴールドマン視野計を用いる場合は1/2の視標で測定してください。 (5) まぶたの欠損・まぶたの運動

左 右

②-2 中心視野の角度(1/2の測定値)

	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計
右									
左									

※視野障害がある場合は、左記の(2)①視野と②-1中心視野に測定結果を記入してください。

⑬ 現症時の日常生活能力及び労働能力 (必ず記入してください)

予後 (必ず記入してください) 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、斜線により捺消してください。)

上記のとおり、診断します。 平成 年 月 日 診療担当科名

病院又は診療所の名称 所在地 医師氏名 印

③欄 ①欄の傷病のために初めて医師の診療を受けた日を記入します。診療録で確認できるときは、「診療録で確認」を○で囲んでください。確認できないときは、「本人の申立て」を○で囲み、申立て年月日を記入してください。

初診年月日と現症日の記入漏れがないようお願いします。

⑩欄 (4)(5)(6) 該当する障害がある場合は、記入してください。

⑩欄 (2) 視野障害がある場合、ゴールドマン視野計の測定により、①に1/4の測定結果を②-1に1/2の測定結果を記入するとともに、②-2中心視野の角度欄には左右8方向の角度と計を記入してください。

⑬欄 本人の状態について特記すべきことがあれば記入してください。

※ 氏名・生年月日・住所など記入漏れがないかご確認ください。