

(フリガナ) 氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日生(歳)	性別	男・女																																																																								
住所		住所地の郵便番号	都道府県		市区																																																																											
① 障害の原因 となった 傷病名	② 傷病の発生年月日		昭和 平成 令和	年	月	日	診 療 録 申 立 認 定 ( 年 月 日 )	本人の申立ての場合、それを聴取した年月日を記入してください。																																																																								
	③ ①のため初めて医師 の診療を受けた日		昭和 平成 令和	年	月	日	診 療 録 申 立 認 定 ( 年 月 日 )																																																																									
④ 傷病の原因 又は誘因	初診年月日(昭和・平成・令和 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・令和 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・令和 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・令和 年 月 日現症)																																																																																
(1) 視 力					(3) 所 見																																																																											
<table border="1"> <tr> <th></th> <th>裸眼</th> <th colspan="6">矯 正 視 力</th> </tr> <tr> <td>右</td> <td>×</td> <td>D</td> <td>⊖</td> <td>cyl</td> <td>D</td> <td>Ax</td> <td>°</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>×</td> <td>D</td> <td>⊖</td> <td>cyl</td> <td>D</td> <td>Ax</td> <td>°</td> </tr> </table>						裸眼	矯 正 視 力						右	×	D	⊖	cyl	D	Ax	°	左	×	D	⊖	cyl	D	Ax	°	<table border="1"> <tr> <th></th> <th>右</th> <th>左</th> </tr> <tr> <td>前眼部所見</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>中間透光体所見</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>眼底所見</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					右	左	前眼部所見			中間透光体所見			眼底所見																																						
	裸眼	矯 正 視 力																																																																														
右	×	D	⊖	cyl	D	Ax	°																																																																									
左	×	D	⊖	cyl	D	Ax	°																																																																									
	右	左																																																																														
前眼部所見																																																																																
中間透光体所見																																																																																
眼底所見																																																																																
(2) 視 野					(4) その他の障害 (その程度・症状・治療経過等を記載してください。)																																																																											
<p>※ 視野図のコピーを添付してください。</p> <p>・ゴールドマン型視野計を用いた場合は、I/4の視標の視野図のコピー及びI/2の視標の視野図のコピーを添付してください。なお、どのインプタがI/4の視標やI/2の視標によるものかを明確に区別できるように記載してください。</p> <p>・自動視野計を用いた場合は、両眼開放エスターマンテストの検査結果及び10-2プログラムの検査結果がわかるものを添付してください。</p> <p>ア. ゴールドマン型視野計</p> <p>(ア) 周辺視野の評価(I/4)</p> <p>① 周辺視野の角度</p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th>上</th> <th>内上</th> <th>内</th> <th>内下</th> <th>下</th> <th>外下</th> <th>外</th> <th>外上</th> <th>合計</th> <th>度</th> </tr> <tr> <td>右</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>左</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>② 両眼による視野が2分の1以上欠損 ( はい ・ いいえ )</p> <p>(イ) 中心視野の評価(I/2)</p> <p>中心視野の角度</p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th>上</th> <th>内上</th> <th>内</th> <th>内下</th> <th>下</th> <th>外下</th> <th>外</th> <th>外上</th> <th>合計</th> <th>度</th> </tr> <tr> <td>右</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>a</td> <td></td> </tr> <tr> <td>左</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>b</td> <td></td> </tr> </table> <p>(aとbのうち大きい方) (aとbのうち小さい方)</p> <p>両眼中心視野 角度(I/2) ( ) × 3 + ( ) / 4 = ( ) 度</p> <p>イ. 自動視野計</p> <p>(ア) 周辺視野の評価</p> <p>両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数 ( ) 点</p> <p>(イ) 中心視野の評価(10-2プログラム)</p> <table border="1"> <tr> <td>右</td> <td>c</td> <td>点(≥26dB)</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>d</td> <td>点(≥26dB)</td> </tr> </table> <p>(cとdのうち大きい方) (cとdのうち小さい方)</p> <p>両眼中心視野 視認点数 ( ) × 3 + ( ) / 4 = ( ) 点</p>						上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	度	右											左												上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	度	右									a		左									b		右	c	点(≥26dB)	左	d	点(≥26dB)	<p>該当するもののローマ数字を○で囲ってください。</p> <p>I 調節機能 / II 輻輳機能 / III 瞳孔</p> <p>IV まぶたの欠損 / V まぶたの運動 / VI 眼球の運動</p>			
	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	度																																																																						
右																																																																																
左																																																																																
	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	度																																																																						
右									a																																																																							
左									b																																																																							
右	c	点(≥26dB)																																																																														
左	d	点(≥26dB)																																																																														
⑪ 現症時の日常生活活動 能力及び労働能力 (必ず記入してください。)		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。

(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。 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

- 1 この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日(その期間内に治ったときは、その日)において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表(以下「施行令別表」という。)に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。

また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。

- 2 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。
- 3 ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。(なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。)
- 4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
  - (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か月間において複数回の測定を行っている場合は、最良の値を示したものを記入してください。
- 5 ⑩の欄の(1)視力の「矯正視力」の欄は、最良視力が得られる矯正レンズによって得られた視力を記入してください。なお、眼内レンズ挿入眼は裸眼と同様に扱い、屈折異常がある場合は適正に矯正した視力を測定してください。
- 6 視野は、ゴールドマン型視野計又は自動視野計を用いて測定してください。ゴールドマン型視野計を用いる場合、中心視野の測定にはⅠ／2の視標を用い、周辺視野の測定にはⅠ／4の視標を用いてください。自動視野計を用いる場合、両眼開放視認点数は視標サイズⅢによる両眼開放エスターマンテストで測定し、両眼中心視野視認点数は視標サイズⅢによる10-2プログラムで測定してください。
- 7 ⑩の欄の(2)ア(ア)①「周辺視野の角度」は、Ⅰ／4の視標を用いて左右眼ごとに8方向の視野の角度(Ⅰ／4の視標が視認できない部分を除いて算出)を該当する方向の欄に記入し、8方向の角度を合算した数値を「合計」の欄に記入してください。
- 8 ⑩の欄の(2)ア(イ)「中心視野の角度」はⅠ／2の視標を用いて左右眼ごとに8方向の視野の角度(Ⅰ／2の視標が視認できない部分を除いて算出)を該当する方向の欄に記入し、8方向の角度を合算した数値を「合計」の欄に記入してください。
- 9 診断書の記載要領を日本年金機構のホームページに掲載していますのでご参照ください。また、日本年金機構のホームページに掲載しているExcel形式の診断書様式を使用していただけるともできます。