(眼)　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	住所地の郵便番号 □□□－□□□□	都道 府県　郡市 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　年　月　日　診療録で確認して申立て（　年　月　日）
		③①のため初めて医師の診療を受けた日	昭和 平成　年　月　日　診療録で確認して申立て（　年　月　日）

④傷害の原因又は誘因	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）

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

⑩　障害の状態　（平成　年　月　日現症）

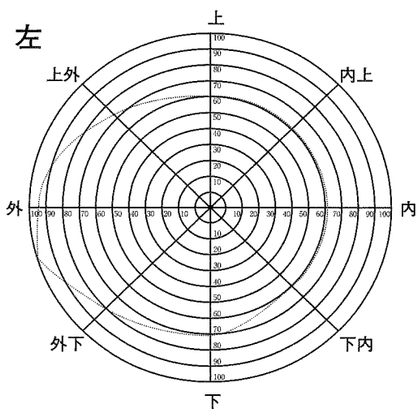
(1) 視力　（視力測定の標準照度は200ルクスとしてください。）

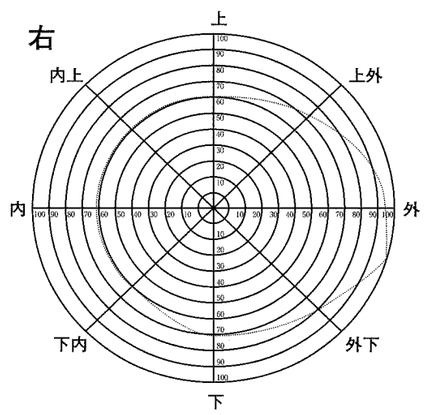
	裸眼	矯正	矯正眼鏡
右眼			D
左眼			D

(3) 所見

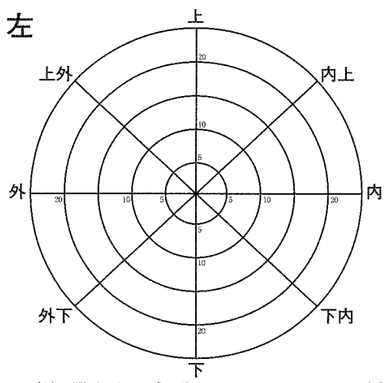
	右	左
前眼部所見		
中間透光体所見		
眼底所見		

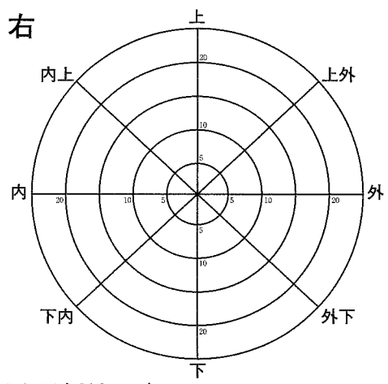
(2)① 視野　ゴールドマン視野計を用いる場合はⅠ/4の視標で測定してください。





②-1 中心視野　ゴールドマン視野計を用いる場合はⅠ/2の視標で測定してください。





（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・瞳孔

(5) まぶたの欠損・まぶたの運動

(6) 眼球の運動

②-2 中心視野の角度（Ⅰ/2の測定値）

	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計
右	度	度	度	度	度	度	度	度	度
左	度	度	度	度	度	度	度	度	度

※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。

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。　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

(25. 5)
1305 1018 004