様式第二号（一）を次のように改める。

様式第二号（一）（第一条関係）

（表　面）

児童扶養手当障害認定診断書

（視覚障害用）

（ふりがな） 氏名		生年月日	大正・昭和 平成・令和　年　月　日生（　歳）
住所	住所地の郵便番号 （　－　）		
① 障害の原因となつた傷病名		② 傷病の発生年月日	大正・昭和 平成・令和　年　月　日　・診療録で確認　・本人の申立て
		③ ①のため初めて医師の診断を受けた日	大正・昭和 平成・令和　年　月　日　・診療録で確認　・本人の申立て
④ 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） 初診年月日 （大正・昭和・平成・令和　年　月　日）	⑤ 既往症及び既存障害	⑥ 将来再認定の要　有・無
⑦ 傷病が治つた（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。	傷病が治つている場合 …… 治つた日　大正・昭和・平成・令和　年　月　確認　推定		
	傷病が治つていない場合 …… 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 （大正・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 （大正・昭和・平成・令和　年　月　日）

⑩ 障害の状態　（令和　年　月　日現症）

(1) 視力

	裸眼	矯正視力
右		×　D ⌒ cyl　D　Ax　°
左		×　D ⌒ cyl　D　Ax　°

(3) 所見

	右	左
前眼部		
中間透光体		
眼底		

(2) 視野

（・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、どのイソプタが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。
・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。）

Ⅰ ゴールドマン型視野計

（ア）周辺視野の評価（Ⅰ／4）

周辺視野の角度

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右										度
左										度

（どちらかに記入してください。）

（イ）中心視野の評価（Ⅰ／2）

中心視野の角度

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右									a	度
左									b	度

（aとbのうち大きい方）（aとbのうち小さい方）

両眼中心視野角度（Ⅰ／2）　（　×3＋　）／4　＝　　度

Ⅱ 自動視野計

（ア）周辺視野の評価

両眼開放エスターマンテスト　両眼開放視認点数　　点

（イ）中心視野の評価（10-2プログラム）

右	c	点（≧26dB）
左	d	点（≧26dB）

両眼中心視野視認点数（Ⅰ／2）　（cとdのうち大きい方）（cとdのうち小さい方）　（　×3＋　）／4　＝　　点

⑪ 現症時の日常生活活動能力 （必ず記入してください。）	
⑫ 予後 （必ず記入してください。）	