

白内障の手術歴がある方の診断書記載時の留意点

様式第十九号(一) (第五十二条関係)

(表面) 診断書 (健康管理手当用)

眼内レンズ挿入者は「8 水晶体混濁による視機能障害」として扱います。

(過去に白内障の手術を受けたことが確認できる者(眼内レンズ挿入者)は、水晶体混濁による視機能障害にかかっている者とみなします。)

氏名	明治大正昭和 年 月		
居住地			
※1 障害の種類	1 造血機能障害 2 肝臓機能障害 3 細胞増殖機能障害 4 内分泌腺機能障害	5 脳血管障害 6 循環器機能障害 7 聴覚機能障害 8 水晶体混濁による視機能障害	9 呼吸器機能障害 10 運動器機能障害 11 消化器機能障害
※2 上欄の障害を伴う疾病の名称	上記の疾病が、感染症、寄生虫病、先天異常、中毒等である場合又は労働災害、不慮の事故によるものである場合等原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかである場合はその旨の意見		
※2の欄の疾病に係る病状が固定化しているかどうかについての意見	1 固定化している 2 固定化していない(※2の欄の疾病により今後医療を必要とする)		

眼内レンズ挿入の理由が、原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかである場合のみ記載してください。

(健康管理手当用診断書を流用した場合に限ります。)

症	血圧測定(年月日)	最大	最小
	胸部(年月日) (肺又は心臓)	腹部(年月日)	運動器
その他の検査	心電図(年月日)	ST変化	T変化 不整脈
	内視鏡検査(年月日)	(組織名)	
眼科学的	検査日	水晶体混濁の有無	1有 2無 視力 右() 左()
	検査年	水晶体混濁の性状	
	検査月	水晶体混濁の発生に関し 特記すべき事項	
その他の特記すべき事項	神経機能検査(年月日)	四肢の麻痺	1有 2無 言語障害 1有 2無
	以上のとおり、診断します。 平成 年 月 日		
		医療機関の名称 所在地 医師氏名	

例) 眼内レンズ挿入(手術年月日)

*裏面の注意事項をご覧の上記入して下さい。

(日本工業規格A列4番)