

(Request) Please fill in clinical findings, etc. to the extent that you know them based on the medical records.
(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。

Please fill in either one. どちらかに記入してください。

眼

National Pension
国民年金
Employees' Pension Insurance
厚生年金保険

Medical Certificate
診断書

(For eye disorders)
(眼の障害用)

Form No.120-1
様式第120号の1

Full Name 氏名			Date Of Birth 生年月日	Y/ 年	M/ 月	D 日	Age(年齢) 歳	Sex 性別	Male / Female 男 / 女
Address 住 所	House number , Street , City , State/Province , Postcode , Country								
①Name of disease/injury that caused the disorder 障害の原因となった傷病名				②Date of onset 傷病の発生年月日		Y/ 年	M/ 月	D 日	<div>Confirmed from patient record 診療録で確認</div> <div>Statement of patient 本人の申立て</div> (Y年/ M月/ D日)
				③The date the patient was first medically treated for ① ①のため初めて医師の診療を受けた日		Y/ 年	M/ 月	D 日	<div>Confirmed from patient record 診療録で確認</div> <div>Statement of patient 本人の申立て</div> (Y年/ M月/ D日)
④Cause of the disease/injury 傷病の原因又は誘因	Date of initial consultation 初診年月日 (Date: Y/ M/ D)			⑤Existing disorder(s) 既存障害			⑥Medical history 既往症		
⑦Whether the disease/injury has been cured (including whether the symptoms have stabilized). 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。	If the disease/injury has healed ... 傷病が治っている場合			Date of recovery (Y/ M/ D); confirmed / Estimated 治った日 確認 ・ 推定					
	If the disease / injury has not healed ... 傷病が治っていない場合			Possibility of improvement of symptoms 症状のよくなる見込		Yes / No / Unknown 有 無 不明			
⑧Findings at the first visit to the medical institution issuing the medical certificate. 診断書作成医療機関における初診時所見 Date of initial consultation (Date: Y/ M/ D) 初診年月日 年 月 日									
⑨Contents and duration of treatment,clinical course,duration and other important informaton. 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項				Frequency of consultations 診療回数	Frequency 回数 (/year 年) Average Frequency 平均回数 (/month 月)				
				History of operations 手術歴	Part 部位 (left 左 / right 右) Enucleation 眼球摘出 / Other operations その他の手術 Name of operation 手術名 () Dates of operation (Date: Y/ M/ D) 手術年月日 年 月 日				
⑩Condition of the disability(present disorder: Y/ M/ D) 障害の状態(年 月 日現症)									

(1) Vision 視 力

	Unaided vision 裸 眼	Corrected vision 矯正視力					
Right 右	×	D	(cyl	D	Ax	°
Left 左	×	D	(cyl	D	Ax	°

(2) Field of vision
視野

※ Please attach a copy of the field of vision. 視野図のコピーを添付してください。
・ If a Goldmann perimeter was used, please attach a visual field diagram that clearly indicates which isopters are due to the I/4 optotype and which are due to the I/2 optotype.
ゴールドマン型視野計を用いた場合は、どのインゾプタが I / 4 の視標によるものか、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た視野図を添付してください。
・ If an automated perimeter was used, please attach documents showing the results of the binocular open Estermann test and the 10-2 program test.
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。

A. Goldmann perimeter ア.ゴールドマン型視野計

(a) Evaluation of peripheral vision (I/4) (ア)周辺視野の評価 (I / 4)
① Peripheral vision angle 周辺視野の角度

	Up 上	Inside up 内上	Inside 内	Inside down 内下	Down 下	Outside down 外下	outside 外	Outside up 外上	Total 合計	
Right 右										Degrees 度
Left 左										Degrees 度

② Loss of more than half of the visual field in both eyes
両眼による視野が2分の1以上欠損 (Yes はい ・ No いいえ)

(b) Evaluation of central vision (I / 2) (イ)中心視野の評価 (I / 2)
Angle of central vision 中心視野の角度

	Up 上	Inside up 内上	Inside 内	Inside down 内下	Down 下	Outside down 外下	outside 外	Outside up 外上	Total 合計	
Right 右									a	Degrees 度
Left 左									b	Degrees 度

(the greater of a and b)
(aとbのうち大きい方)

(the smaller of a and b)
(aとbのうち小さい方)

Binocular central visual field
angle (I/2) 両眼中心視野角度(I / 2) (× 3 +) / 4 = Degrees
度

(3) Findings 所 見

	Right 右	Left 左
Anterior segment findings 前眼部所見		
Interocular findings 中間透光体所見		
Fundus findings 眼底所見		

(4) Other disabilities
その他の障害

(Please describe the extent, symptoms, treatment history, etc.)
(その程度・症状・治療経過等を記載してください。)

Please circle the Roman numerals that apply. 該当するもののローマ数字を○で囲んでください。
I Adjustment features 調節機能 / II Congestion Features 輻輳機能 / III Pupil 瞳孔
IV Eyelid defects まぶたの欠損 / V Eyelid movement まぶたの運動 / VI Eye movement 眼珠の運動

B. Automated visual field analyzer イ.自動視野計

(a) Evaluation of peripheral vision (ア)周辺視野の評価
Binocular Esterman visual field test Binocular Vision Score
両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数

(b) Evaluation of central vision (10-2 program) (イ)中心視野の評価 (10-2プログラム)

Right 右	c	Points 点 (≥ 26dB)	Binocular central visual field recognition score 両眼中心視野視認点数	(the larger of c and d) (cとdのうち大きい方)	(the smaller of c and d) (cとdのうち小さい方)
Left 左	d	Points 点 (≥ 26dB)		(× 3 +) / 4 =	Points 点

Check either "Confirmed in medical records" or "Statement of the patient," and if it is based on the patient's statement, enter the date of the statement.
「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかにチェックして本人の申立ての場合は、それを確認した年月日を記入してください。

⑪Ability to perform daily activities and work with present symptoms (Please be sure to complete this section). 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。)	
⑫Prognosis (Please be sure to complete this section). 予後(必ず記入してください。)	
⑬Remarks 備考	

I hereby make the above diagnosis.
(上記のとおり診断します。

Date:Y/ M/ D
年 月 日)

Name of hospital or clinic:
(病院又は診療所の名称)

Name of department responsible for treatment:
(診療担当科名)

Address:
(所在地)

Physician's Signature:
(医師氏名)

You do not need to fill in columns that are unrelated to the extent or condition of the patient's disorder. (Please cross out irrelevant fields.)
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。)

Points to note when completing this document

記入上の注意

1. This medical certificate is one of the documents that must be attached to the pension claim of those who wish to claim invalidity benefits under the National Pension, Employees’ Pension Insurance, and will accordingly be used to verify whether or not the extent of the claimant’s disorder at 18 months after the initial consultation is applicable under any of the enforcement ordinance appendices of the National Pension Law, the Employees’ Pension Insurance Law (hereinafter, enforcement ordinance appendices). It will also be used to establish whether an individual whose disorder was not of an extent applicable under any of the enforcement ordinance appendices 18 months after the initial consultation fell under any of the applicable states on or before the day preceding their 65th birthday.
[In addition, this certificate of diagnosis will also be used to verify whether the extent of a disorder is applicable under any of the enforcement ordinance appendices for individuals attempting to claim additional allowances for National Pension, Employees’ Pension Insurance benefits.]

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. In section ③, enter the date the patient first received medical treatment for the disease or injury causing the disorder, not the date of diagnosis, for the purpose of compiling this certificate of diagnosis. If the patient has previously been treated by another doctor, please provide the information based on the patient’s statement.

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. Regarding “Frequency of consultations” in section ⑨, please indicate the frequency of consultations during the last year preceding the onset of the current disorder. (Please note that one day of hospitalization should count as one medical consultation.)

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. Please note the following when filling out the “Disability Status” section.

「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)You do not need to fill in any fields that are not related to the degree and condition of the patient’s disability. (Please cross out any irrelevant fields.) If there is not enough space to fill in all the information, please attach a separate piece of paper on which you provide the necessary information.

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、斜線により末梢してください。）なお、該当欄に記入しきれない場合は、別の紙片をはりつけてそれに記入してください。

(2)As regards “(1)Vision”(section⑩),the best results should be reported in case that the individual underwent several measuremets during the past three months.

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. In the “Corrected Vision” column of the (1) Vision in column ⑩, please fill in the visual acuity obtained with the corrective lens that gave you the best visual acuity.

Please treat the eye with an intraocular lens inserted the same way as the naked eye. If there is a refractive error, please measure the visual acuity after appropriately correcting it.

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. Measure the visual field using a Goldmann perimeter or automated perimeter. When using a Goldmann perimeter, use the I/2 optotype to measure the central visual field and the I/4 optotype to measure the peripheral visual field.

If an automated visual field test is used, the binocular open vision score should be measured using the binocular open Esterman test with a size III target, and the binocular central vision score should be measured using the 10-2 program with a size III target.

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. For (2)A(a)① “Peripheral visual field angle” in column ⑩, enter the visual field angle in eight directions for each eye using the I/4 target (calculated excluding the parts of the I/4 target that cannot be seen) in the appropriate method column, and enter the total value of the eight angles in the “Total” column.

⑩の欄の(2)A(a)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. For (2)A(b) “Central visual field angle” in column ⑩, enter the visual field angle in eight directions for each eye using the I/2 target (calculatedexcluding the parts of the I/2 target that cannot be seen) in the appropriate direction column and enter the total value of the eight angles in the “Total”column.

⑩の欄の(2)A(b)「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。