

補装具費支給要否意見書(義眼・眼鏡)

氏名		男女	生年月日	年月日生	歳				
住所									
障がい名									
原因となった 疾病・外傷名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災					
	疾病・外傷発生年月日 年月日			疾病・先天性・その他()					
障がいの 状況	視力	裸眼	矯正						
		右	(× D Cyl D Ax)						
	左	(× D Cyl D Ax)							
	現症	右		左					
外眼									
中間透光体									
眼底									
その他の所見									
必要とする 補装具	義眼	1 普通義眼 2 特殊義眼 3 コンタクト義眼							
	眼鏡	1 矯正眼鏡 2 遮光眼鏡 → <input type="checkbox"/> 屋外用 <input type="checkbox"/> 屋内用 3 コンタクトレンズ 4 弱視眼鏡 → <input type="checkbox"/> 掛けめがね式 (倍率) <input type="checkbox"/> 焦点調節式							
		※ 掛けめがね式高倍率(3倍率以上)の対象者は、職業上・教育上真に必要な者である。 【例示】 ① 就労中(求職中を含む)の者 ② 地域社会活動(町内会の役員含む)参加者 ③ 就学中の者、各種教養講座の受講者							
処方 内容	<input type="checkbox"/> 遠用	球面レンズ SPH	円柱レンズ CYL	円柱軸 Ax	プリズム PRISM	基底 BASE	瞳孔距離 PD	指示事項等 ※遮光眼鏡の場合、 レンズを指定して下さい	
	<input type="checkbox"/> 近用							屋外用	
	右	D	D	°				屋外用	
	左	D	D	°				屋内用	
使用効果見込									
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療科名 作成医師氏名									
								印	

【記入上の留意事項】

(H28.06)

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって記入すること。