

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	<table><tr><td></td><td>裸眼</td><td>矯正</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td>右</td><td></td><td colspan="5">(× D Cyl D Ax)</td></tr><tr><td>左</td><td></td><td colspan="5">(× D Cyl D Ax)</td></tr></table>								裸眼	矯正						右		(× D Cyl D Ax)					左		(× D Cyl D Ax)				
		裸眼	矯正																											
右		(× D Cyl D Ax)																												
左		(× D Cyl D Ax)																												
	その他の所見																													
必 要 と す る 補 装 具 ・ 処 方 内 容	□ 矯 正 用 眼 鏡	用途	球面		円柱	軸	瞳孔間距離	遮光機能																						
		□遠用	右	D	D	度	mm	□必要 □不要	□屋内用 □屋外用 【品名・カラー】																					
			左	D	D	度																								
		□近用	右	D	D	度	mm	□必要 □不要	□屋内用 □屋外用 【品名・カラー】																					
			左	D	D	度																								
		【備考欄】※遠近両用の場合、この欄に累進加入度数等を記入してください。																												
	□ 遮 光 用 眼 鏡	□屋内用	□前掛式 □掛けめがね式				【品名・カラー】																							
		□屋外用	□前掛式 □掛けめがね式				【品名・カラー】																							
	□ 義 眼	□レディメイド □オーダーメイド																												
	□コンタクトレンズ	□多段階レンズ □虹彩付レンズ																												
□ 弱 視 用 眼 鏡	□掛けめがね式(倍率) □焦点調節式																													
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】

(R8. 6)

- 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。