

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 レディメイド 2 オーダーメイド												
	眼 鏡	1 矯正用 ☐ 遮光の機能が必要 → ☐ 屋外用 ☐ 屋内用 2 遮光用(前掛け式) 3 コンタクトレンズ 4 弱視用 → ☐ 掛けめがね式 (倍率) ☐ 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	☐ 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 ※遮光が必要な場合、 レンズを指定して下さい						
	☐ 近 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】 (H30. 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。