

補装具費支給意見書（視覚障害用）

ふりがな		男	生 年 月 日	年 齢																													
氏 名		女		歳																													
住 所																																	
障害名																																	
原傷病名																																	
障害・疾患等の状況	<small>（注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。）</small>																																
視力	右 裸眼 ()	矯正 ()																															
	左 裸眼 ()	矯正 ()																															
補装具の名称並びに処方	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">1 矯正用 (乱視・遮光)</td> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">レ ン ズ</td> <td style="text-align: center;">球面</td> <td style="text-align: center;">円柱</td> <td style="text-align: center;">軸</td> </tr> <tr> <td>2 遮光用 [前掛け式 掛けめがね式</td> <td style="text-align: center;">右 D</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">度</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">左 D</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">度</td> </tr> <tr> <td>3 コンタクトレンズ (多段階・虹彩付)</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">瞳孔距離</td> <td style="text-align: center;">mm</td> </tr> <tr> <td>4 弱視用 [掛けめがね式 焦点調整式</td> <td></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">(主鏡倍率： _____ 倍)</td> </tr> <tr> <td>5 義眼 (レディメイド・オーダーメイド)</td> <td></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">(左眼 ・ 右眼)</td> </tr> </table>				1 矯正用 (乱視・遮光)	レ ン ズ	球面	円柱	軸	2 遮光用 [前掛け式 掛けめがね式	右 D	D	度			左 D	D	度	3 コンタクトレンズ (多段階・虹彩付)		瞳孔距離		mm	4 弱視用 [掛けめがね式 焦点調整式		(主鏡倍率： _____ 倍)			5 義眼 (レディメイド・オーダーメイド)		(左眼 ・ 右眼)		
1 矯正用 (乱視・遮光)	レ ン ズ	球面	円柱	軸																													
2 遮光用 [前掛け式 掛けめがね式		右 D	D	度																													
		左 D	D	度																													
3 コンタクトレンズ (多段階・虹彩付)		瞳孔距離		mm																													
4 弱視用 [掛けめがね式 焦点調整式		(主鏡倍率： _____ 倍)																															
5 義眼 (レディメイド・オーダーメイド)		(左眼 ・ 右眼)																															
備考																																	
令和 年 月 日 医療機関名 所在地 診療担当科名 医師名																																	
①身体障害者福祉法第15条第1項の指定医であって、所属学会又は日本専門医機構の認定の専門医である。			はい	いいえ																													
②指定自立支援医療機関の医師であって、所属学会又は日本専門医機構の認定の専門医である。			はい	いいえ																													
③難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に基づく指定医である。			はい	いいえ																													

(注1)障害者・児(内部疾患は呼吸器・心臓機能障害に限定)については、①又は②の医師が作成してください。難病患者については、①～③のいずれかの医師が作成してください。

(注2)注1の医師による作成が困難な場合や御不明な点がある場合は、御本人のお住まいの市町村障害者福祉担当にお問い合わせください。

(注3)所属学会とは、上記障害に係る医療・リハビリテーション関係の学会をいいます。