

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	(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。)			
視力	右 裸眼 ()	矯正 ()		
	左 裸眼 ()	矯正 ()		
補装具の名称並びに処方	1 矯正用 (乱視・遮光) レンズ { 球面 円柱 軸 2 遮光用 [前掛け式 右 D D 度 掛けめがね式 左 D D 度 3 コンタクトレンズ 瞳孔距離 mm (多段階・虹彩付) 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 印				
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

京都府家庭支援総合センター(R7.3.1)