

補装具費支給意見書（眼鏡・義眼等）

氏名			男・女	生年月日	大・昭・平	年	月	日	(歳)	
住所										
障害名										
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	平成	年	月	日	疾病・先天性・その他 ()				
障 害 の 状 況	視力	裸眼視力			矯正視力					
		右眼	.			.				
	現症	左眼	.			.				
		部位	右			左				
		外眼								
		中間透光体								
	眼底									
その他の 所見										
必要補装具	義眼	1 レディメイド 2 オーダーメイド				1 右眼 2 左眼 3 両眼				
	眼鏡	1 矯正用 2 遮光用 → <input type="checkbox"/> 屋外用 <input type="checkbox"/> 屋内用 3 コンタクトレンズ								
		4 弱視用 → <input type="checkbox"/> 掛眼鏡式 (倍率) <input type="checkbox"/> 焦点調節式								
		※ 掛けめがね式高倍率（3倍以上）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（休職中を含む）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	該当に○	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	指定事項等※遮光眼鏡の場合、レンズを指定してください		
	遠用	右						屋内用・屋外用 型番 ()		
		左								
	近用	右						屋内用・屋外用 型番 ()		
左										
使用 見 込	<input type="checkbox"/> 矯正眼鏡を装用することにより、視力が改善することが期待される。 <input type="checkbox"/> コンタクトレンズを装用することにより、良好な視力を得ることが期待される。 <input type="checkbox"/> 遮光眼鏡を装用することにより、羞明感をやわらげることが期待される。 <input type="checkbox"/> 弱視眼鏡を装用し、対象物を拡大して見ることで、日常生活及び社会活動上その効果が期待される。 <input type="checkbox"/> 義眼を装用することにより、容姿の改善が期待される。 <input type="checkbox"/> その他の効果（具体的に：)									
診断年月日		年	月	日	病（医）院名			診断医師氏名		
								印		
【記入上の留意事項】										
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○又はレ印を付すること。										