

補 装 具 費 支 給 意 見 書 (眼鏡、義眼用)

氏 名		年 月 日 生 () 歳		
障害名及び原因となった疾病・外傷名				
* 障害者等の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当（☐する・☐しない）				
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、身体症状の変動状況や日内変動についても記載し、迅速な手続きが必要な場合は、迅速な手続きが必要な理由についても記載する。）			進行性疾患： ☐ 該当 ☐ 非該当 支給決定手続： ☐ 迅速 ☐ 一般	
現 症	視力	裸眼	矯正	
	右 左			
	球面 球面	D D	円柱 円柱	D D
差明	有 ・ 無		夜盲	
有 ・ 無				
必 要 と 認 め る 補 装 具	名称および処方			
	☐ 矯正用			
	球面	円柱	軸	瞳孔間距離
	右 左	D D	° °	mm mm
	☐ コンタクトレンズ（多段階・虹彩付）			
	B.C.	Power	Size	
	右 左	mm mm	D D	mm mm
	☐ 遮光用掛けめがね式（屋外用・屋内用）			
	球面	円柱	軸	瞳孔間距離
	右 左	D D	° °	mm mm
	☐ 遮光用前掛式（屋外用・屋内用）			
	☐ 弱視用（掛けめがね式・焦点調整式）			
	☐ 義眼（オーダーメイド・レディメイド）			装用眼（右眼・左眼・両眼）
	使用効果見込み （注：借受が必要な場合は借り受け期間及び効果が明確となるよう記載する。）			
	※遮光用を必要とする場合は該当する装用効果に印をつけて下さい ☐ まぶしさや白んだ感じが軽減する ☐ 羞明によって生じる流涙等の不快感が軽減する ☐ 文字や物などが見やすくなる ☐ 暗転時に遮光用をはずすと暗順応が早くなる			
上記のとおり意見する				
年 月 日				
病院又は診療所名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名				