

補装具判定に関する医学的意見書（視覚障がい）

補装具理由書（視覚障がい）

氏名							
生年月日		年 月 日 (歳)					
障がい名並びに原因となった疾病・外傷名		視力障がい 視野障がい					
		疾病・外傷名 ※障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める 特殊の疾病に該当 (□する・□しない)					
視力		裸眼	矯正				
		R	(× S p h	D	C y l	D A x °)
必要とする補装具名 (○印)		・矯正眼鏡 (遠用・近用) ・弱視眼鏡 (掛けめがね式・焦点調整式) ・遮光眼鏡 (前掛式・掛けめがね式) ・コンタクトレンズ ・義眼 (特殊・普通・コンタクト)					
		鏡	遠用 (常用)	S p h	C y l	A x	P.D.
方		R	D	D		mm	
		L	D	D			
方		鏡	近用 (読書用)	S p h	C y l	A x	P.D.
		R	D	D		mm	
方		L	D	D			
		備考		(難病患者等の場合、補装具を必要と認める理由等)			
提出先		年 月 日					
		区保健福祉センター 所長					
		医療機関名 所在地 医師名					

氏名			
生年月日		年 月 日 (歳)	
<p>1. 障がいについて</p> <p>(1) どちらの目がみえにくいですか。(右・左・両方)</p> <p>(2) いつ頃からみえにくくなったのですか。_____年頃(_____歳頃)</p> <p>(3) 原因は何ですか。(病気・外傷・その他) _____)</p> <p>2. 治療歴について</p> <p>(1) 病名 (_____)</p> <p>(2) 手術をしたことがありますか。(ある・ない)</p> <p>(3) 現在も通院していますか。(している・していない) ※通院先 (_____ 病院・医院 _____ 年 月 から)</p> <p>3. 補装具について</p> <p>(1) 使用している場合</p> <p>①種類 ・眼鏡 (矯正・弱視・遮光) ・コンタクトレンズ (ハード・ソフト) ・義眼 (特殊・普通・コンタクト)</p> <p>②購入 ・自費で購入 ・身体障害者福祉法・障害者総合支援法による交付・支給 ・他の制度による交付等 (労災・その他 _____)</p> <p>(2) 使用していない場合</p> <p>① (眼鏡・コンタクトレンズ・義眼) を持っているが使用していない。 その理由 (破損・症状にあわないなど) [_____]</p> <p>② 持っていない。</p> <p>4. その他 [_____]</p>			
記入日	年 月 日	担当者名	区保健福祉センター

【注】この意見書は、医療機関において必ず「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いいたします。