

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 ° )			
	L		( × 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)					
眼鏡処方	遠用 (常用)		S p h	C y l	A x	P.D.
		R	D	D		mm
	L	D	D			
	近用 (読書用)		S p h	C y l	A x	P.D.
R		D	D		mm	
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)	
1. 障がいについて (1) どちらの目がみえにくいですか。(右・左・両方) (2) いつ頃からみえにくくなったのですか。_____年頃(_____歳頃) (3) 原因は何ですか。(病気・外傷・その他) ( _____ ) 2. 治療歴について (1) 病名 ( _____ ) (2) 手術をしたことがありますか。(ある・ない) (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) 3. 補装具について (1) 使用している場合 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) 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 _____ ) (2) 使用していない場合 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) [ _____ ] ② 持っていない。 4. その他 [ _____ ]			
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。