補　装　具　理　由　書（視覚障がい）

補装具判定に関する医学的意見書（視覚障がい）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　　歳） |
| 1.障がいについて　⑴　どちらの目がみえにくいですか。（右・左・両方）　⑵　いつ頃からみえにくくなったのですか。　　　　　　　年頃(　　　　　　歳頃)⑶　原因は何ですか。（病気・外傷・その他）　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）2.治療歴について⑴　病　名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）⑵　手術をしたことがありますか。（ある・ない）⑶　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　⑴　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　　　　　　　　　）　⑵　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）1. 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 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  | （　　　×Ｓｐｈ　　　Ｄ　Ｃｙｌ　　　ＤＡｘ　　°） |
| Ｌ |  | （　　　×Ｓｐｈ　　　Ｄ　Ｃｙｌ　　　ＤＡｘ　　°） |
|  |
| 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) |  | Ｓｐｈ | Ｃｙｌ | Ａｘ | Ｐ.Ｄ. |
| Ｒ | Ｄ | Ｄ |  | ｍｍ |
| Ｌ | Ｄ | Ｄ |  |
| 近　用(読書用) |  | Ｓｐｈ | Ｃｙｌ | Ａｘ | 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） |
| 　　　年　　　月　　　日提出先区保健福祉センター　所長医療機関名所　在　地医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

【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します。