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。