

補装具医学意見書(視覚障害用)

氏 名			性 別	男 女	生年月日	年 月 日 () 歳	
住 所							
障害名及び原因 となった疾病・外傷名	※障害者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)						
	身障手帳		視力障害		級	視野障害 級	
現 症	視力	裸眼	矯正		矯正眼鏡度数		
		右			球面 D	円柱 D	軸 °
	左			球面 D	円柱 D	軸 °	
	羞明	有 ・ 無		夜盲	有 ・ 無		
補装具 および 処 方	□ 矯正用						
		球面	円柱	軸	瞳孔間距離		
	右	D	D	°	mm		
	左	D	D	°	mm		
	□ コンタクトレンズ						
		B.C.	Power	Size			
	右	mm	D	mm			
	左	mm	D	mm			
	□ 遮光用めがね式(屋外用・屋内用)						
		球面	円柱	軸	瞳孔間距離		
右	D	D	°	mm			
左	D	D	°	mm			
□ 遮光用前掛式(屋外用・屋内用)							
□ 弱視用(掛けめがね式・焦点調節式)							
□ 義眼(オーダーメイド・レディメイド) 装用眼(右眼・左眼・両眼)							
補装具を必要とする理由および効果							
※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 ☐ 暗転時に遮光眼鏡をはずすと暗順応が早くなる							
上記のとおり意見する 平成 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 (印)							