補装具費支給意見書（眼鏡、コンタクトレンズ、義眼等）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 年齢 歳 | 住 所 |  |
| 原傷病名並びに  機能障害名 | | （障害原因と機能障害を記入すること。）  ※障害者総合支援法で定める難病等に該当（□する・□しない） | | | |
| 障害現症 | | （裸眼視力、矯正視力等を記入すること。また、遮光眼鏡が必要な場合は羞明の有無を記入すること。  　　　　　　右＝　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　）  視力  　　　　　　左＝　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　）  　羞明：有り・無し | | | |
| 補装具名及び処方 | | １．矯正眼鏡（遠用）  　　　右　　　　　　 Ｄ（乱視右 　　　　　Ｄ 　　　　　度）  　　　左　　　　　 Ｄ（乱視左 　　　　　Ｄ 　　　　　度）  　　矯正眼鏡（近用）  　　　右　　　　　　 Ｄ（乱視右 　　　　　Ｄ 　　　　　度）  　　　左　　　　　　 Ｄ（乱視左 　　　　　Ｄ 　　　　　度）  ２．コンタクトレンズ  　　　右　ＢＣ ㎜，ＰＯＷ 　　　Ｄ，size　　　　㎜  左　ＢＣ ㎜，ＰＯＷ　 　　Ｄ，size　　　　㎜  ３．遮光眼鏡（掛メガネ式）  右　　　　　　 Ｄ（乱視右 　　　　　Ｄ　 　　　　度）  左　　　　　　 Ｄ（乱視左　 　　　　Ｄ　　 　　　度）  ４．遮光眼鏡（前掛式）　５．弱視眼鏡（掛メガネ式）  ６．弱視眼鏡（焦点調整式）　７．コンタクト義眼　８．普通義眼  ９．特殊義眼 | | | |
| 装用見込み | | （具体的に記入すること。） | | | |
| 上記のとおり診断する。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日  　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　医師氏名 | | | | | |