

補装具費支給(難病患者等)意見書(眼鏡・義眼)

住 所					
氏 名 年 月 日生(歳)					
疾患名					
身体症状 変動状況 日内変動					
右視力= 【裸眼】 【矯正】 (× D Cyl D Ax °) 左視力= (× D Cyl D Ax °)					
必要な補装具	眼鏡	1 矯正用 2 遮光用 : 前掛式・掛けめがね式 3 コンタクトレンズ 4 弱視用 : 掛けめがね式・焦点調節式			
	義眼	1 レディメイド 2 オーダーメイド	装用	右眼・左眼・両眼	

眼鏡

		矯正視力	Sph	Cyl	Ax
遠用	右				
	左				
近用	右				
	左				

弱視用

遠用
近用

コンタクトレンズ

	矯正視力	Base Curve	Power	Size
右				
左				

上記のとおり意見します。
年 月 日

医療機関名
診療科
医師名

印

意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医師で視覚障害の指定を受けている者、又は指定自立支援医療機関の医師が作成すること。また、これに加えて難病法第6条第1項に基づく指定医が作成すること。