（補様式４）　　補装具意見書（視覚障がい者用）

氏名		男 女	生年 月日	年　月　日（　歳）
住所				

視覚障がいの状況	種　級 （視力　級．視野　級）	身体障害者手帳交付日 年　月　日

原因となった疾病・外傷名：

1　視力

	裸眼	矯　正
右眼		（　×　Dcyl　DA　）
左眼		（　×　Dcyl　DA　）

2　視野：視野障がいが認められる場合は検査結果を添付してください。但し、概ね３か月以内の身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）の写しの添付があるときは不要です。

3　現症

	前眼部	中間透光体	眼底
右眼			
左眼			

補装具

1　義　眼　（　両眼・片眼　：　オーダーメイド・レディメイド　）

2　矯正用　（　遠用・近用　）

3　遮光用　室内用　（前掛け式・掛けめがね式：品名　　ｶﾗｰﾀｲﾌﾟ　）
　　室外用　（前掛け式・掛けめがね式：品名　　ｶﾗｰﾀｲﾌﾟ　）

4　コンタクトレンズ

	B．C	P	S
右眼	mm	D	mm
左眼	mm	D	mm

5　弱視用　遠用：掛けめがね式（品名　　）主鏡（　倍・D）
　　焦点調節式　（品名　　、　倍・D）
　　近用：掛けめがね式（品名　　）主鏡（　倍・D）近用ｷｬｯﾌﾟ（　倍・D）
　　焦点調節式　（品名　　、　倍・D）

（近用）（屋内用）

レンズ	球面	円柱	軸
右眼			
左眼			
瞳孔間距離　右　mm　左　mm			

（遠用）（屋外用）

レンズ	球面	円柱	軸
右眼			
左眼			
瞳孔間距離　右　mm　左　mm			

必要とする理由および効果（具体的に）

年　月　日

所　在　地
医療機関・科名
医　師　氏　名

※　この様式での意見書記載には、次のいずれかの条件が必要です。
下記の該当する項目にチェックしてください。

□　身体障害者福祉法第 15 条第１項に基づく指定医
□　国立障害者リハビリテーションセンター学院で当該補装具関係の適合判定医師研修会を受講修了している医師
□　指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師で、かつ所属医学会で認定されている専門医
□　都道府県が指定する難病医療拠点病院又は難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された専門医