様式２－３

眼鏡等意見書

住　　所	
氏　　名	生年月日　　年　　月　　日（　　）歳
障害名	＿＿種＿＿級
障害の原因となる傷病の経過、現症	
右視力＝裸眼　　矯正（　　×　　D　　Cyl　　D　　Ax　　°）	
左視力＝裸眼　　矯正（　　×　　D　　Cyl　　D　　Ax　　°）	
羞明の有無　有□　　無□	
必要な補装具名	□矯正眼鏡　□遮光眼鏡（□前掛け式　□掛けめがね式） □コンタクトレンズ　□弱視眼鏡（□掛けめがね式　□焦点調整式） □普通義眼（既成品）　□特殊義眼（調整・特殊加工したもの） □コンタクト義眼

矯正眼鏡（乱視矯正　□右　□左　□両　□無）

遮光眼鏡　（製品名/カラー処方　　）

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

弱視眼鏡（□右　□左　□両）

（□掛けめがね式　□焦点調整式（単眼鏡・拡大鏡）

遠用	□３倍率未満 □３倍率以上（　　倍率）
近用	□３倍率未満 □３倍率以上（　　倍率）

※　高倍率の場合は就学、就業上の理由を明確にすること。

コンタクトレンズ

	矯正視力	Base Curve	Power	Size
右				
左				

義　眼

右眼	左眼	両眼

【主たる目的】　□視力矯正　□羞明感改善（遮光眼鏡　※要カラーの処方）

□その他（　　）

【使用効果・必要性】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のとおり診断する。

年　　月　　日

所在地

医療機関名

指定医師氏名

※身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。

※該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。