様式２－３

**補装具費支給意見書（眼鏡等用）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名  住　　所 | | 生年月日　　　年　　月　　日（　）歳 |
| 障害名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　種　　級  （視覚障害の等級） | | |
| 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） 　　　　　　弱視眼鏡（□右　　□左　　□両）

　 遮光眼鏡（製品名/カラー処方　　　　　　　　　　　　）　　　　（□掛けめがね式　　□焦点調整式（単眼鏡・拡大鏡））

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 矯正視力 | Sph | Cyl | AX |  | 遠用　　　□３倍率未満  □３倍率以上（　　倍率） |
| 遠  用 | 右  左 |  |  |  |  |
| 近用　　　□３倍率未満  □３倍率以上（　　倍率） |
| 近  用 | 右  左 |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※　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 　　　　　　義眼

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 矯正視力 | Base Curve | Power | Size |  | 右 眼 　左 眼　 両 眼 |
| 右 |  |  |  |  |  |
| 左 |  |  |  |  |

【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  医療機関名  所在地  指定医師氏名 |

※身体障害者福祉法第15条第1項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。