

## 補装具費支給(難病患者等)意見書(眼鏡・義眼)

住 所				
氏 名 <span style="float: right;">年 月 日生( 歳)</span>				
疾患名				
身体症状 変動状況 日内変動				
右視力= <span style="margin-left: 20px;">【裸眼】</span> <span style="margin-left: 20px;">【矯正】</span> (        ×        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
-----------------------	---------------------

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。