

補装具費支給意見書(眼鏡・義眼)

住 所			
氏 名		年 月 日生(歳)	
障 害 名			
現 症			
右視力=		【裸眼】 (× D Cyl D Ax °)	【矯正】 (× D Cyl D Ax °)
左視力=		(× D Cyl D Ax °)	(× 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。