様式第12号

日常生活用具（暗所視支援眼鏡）給付にかかる意見書

氏　名	年　　月　　日生
生活の場所	在宅　・　入院中（　　年　　月　　日に退院見込） その他（　　）
日常生活用具	暗所視支援眼鏡

当該身体障がい者・児については下記により上記の用具が必要であると診断する。

◆現に有する障がいについて（□にレ点を記入ください）

□ 視覚障がい（　　級）

◆症状（日常生活用具を必要とする身体の状況等）

□夜盲症状がある
□視野狭窄がある
□中心視野が保てており、単独歩行が可能な状態である　（□日中　□夜間）
□その他

◆在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか否か。
（当面、在宅での療養が可能であると判断できるか。）

□自宅療養が可能な状態である
□暗所視支援眼鏡を試用、白杖を用いた訓練の効果が確認できる
□試用前後で、暗所視における明らかな視機能の改善を確認できた
□白杖を併用した歩行ができた
□屋外での活動が可能になり、就学、就労等の社会参加の機会拡大が期待できる
□その他

◆ 有用性
□上記用具にて、行動範囲や社会参加機会等の拡大が期待できる
□有用性は期待できない

年　　月　　日

医 療 機 関 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

15条指定医氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※日常生活用具給付事業については、対象者が現に有している障がいを要因として用具が必要と認められる場合のみ、制度の対象となります。
障がいと用具が必要な理由との間に関連がない場合は制度の対象となりませんのでご注意ください。