

眼鏡等の補装具費支給意見書(書面判定用)

本人	氏名			生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日()歳			
	住所			電話番号				
障がい名				等級	種 級			
医学的 所見								
		(右)	(左)					
	裸眼視力							
	矯正視力							
処方 方	<p>※該当するものを○で囲んでください。</p> <p>義 眼 : レディメイド義眼・オーダーメイド義眼・その他()</p> <p>矯正眼鏡 : 6D未満 ・ 6D以上10D未満 ・ 10D以上20D未満 ・ 20D以上</p> <p>※老眼鏡はこの制度の対象外です。</p> <p>※遠近両用はこの制度の対象外です。ただし、医学的に遠用眼鏡と近用眼鏡の両方が必要な場合、2台支給が認められることがあります。2台支給が必要な場合は、医学的所見の欄に、遠用眼鏡と近用眼鏡の両方の必要性についての所見を記入して下さい。</p> <p>コンタクトレンズ</p> <p>遮光眼鏡 : 前掛け式 ・ 掛け眼鏡式</p> <p>矯正あり ・ 矯正なし</p> <p>(色) : オレンジ ・ 黄 ・ 赤 ・ 緑 ・ グレー ・ 茶 ・ その他()</p> <p>弱視眼鏡 : 掛け眼鏡式(倍率) ・ 焦点調節式(倍率)</p> <p>※ルーペは本制度の対象外です。</p>							
	処方箋							
		視力	球面	円柱	軸	基底	瞳孔間距離	用法
	右							
左								
<p>上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: center;">医療機関住所</p> <p style="text-align: center;">電話</p> <p>令和 年 月 日 医療機関の名称</p> <p style="text-align: center;">15条指定医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>								