**補　装　具　費　支　給　意　見　書　(視覚障害・難病)**

★裏面に続きます★

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名 |  | | | 生年月日 | (　　歳) | |
| 住所 |  | | | 電話番号 |  | |
| 身体障害者手帳 | 手帳交付年月日：　　　　　年　　　月　　　日  身体障害者手帳に記載されている障害名及び原因となった疾病・外傷名  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 難　病 | ＊障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に  該当（□する・□しない）　視力障害について身体障害者手帳取得領域に該当（□する・□しない）　　　　　　　　　　　　視野障害について身体障害者手帳取得領域に該当（□する・□しない）  疾病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 主訴：  使用場所：  使用目的（見る対象物）： | | | | | | |
| 現症（視機能障害・疾患等の具体的状況及び所見を記載。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。）別紙を添付してもよい。 | | | | | | |
| 必要と  認める  補装具 | 種目 | 名称 |  | | | |
| 眼鏡 | □矯正用 | □遠用・□近用 | | | 乱視を（□含む・□含まない） |
| 遮光用としての機能（□必要・□不必要） | | | |
| □遮光用 | □屋内用・□屋外用 | | | |
| □前掛式・□掛けめがね式 | | | |
| □弱視用 | □掛けめがね式・□焦点調整式 | | | |
| 高倍率（３倍率以上）の主鏡を  （□必要とする・□必要としない） | | | |
| □コンタクトレンズ |  | | | |
| 義眼 | □レディメイド・□オーダーメイド | | | | |
| 装用効果見込　□あり・□なし | | | | | |
| 眼鏡（遮光用）の場合　　□まぶしさや白んだ感じが軽減する  　　　　　　　　　　　　□文字や物などが見やすくなる  　　　　　　　　　　　　□羞明によって生じる流涙等の不快感が軽減する  　　　　　　　　　　　　□暗転時に遮光用をはずすと暗順応が早くなる | | | | | |
| 装用・適合経過（試用経過を具体的に記入） | | | | | | |
| 備　考 | | | | | | |
| 上記のとおり意見する  　令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　電話  　　　　　　　　　　　　診療担当科  医師名 | | | | | | |

＊眼鏡処方箋を必ず添付してください。

＊該当箇所にチェック☑を入れ、必要事項を記載してください。

＊誤字・不要文字は、二重線で抹消し認印押印のうえ訂正してください。

＊補装具費支給意見書を作成する医師の要件は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、もしくは、国立障害者リハビリテーションセンター学院で行う補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師等です。