

補装具費支給意見書(視覚用)

対象者	氏名				(男・女)
	住所	岐阜県	市	町	郡
生年月日	(T・S・H・R)			職業	
	年 月 日 生 (歳)				
原因					
障害名等				程度	級
障害疾患等の状況				乱視	(有・無)
補装具の処方				使用効果	(有・無)
義眼	レディメイド		所見等		
	オーダーメイド				
眼鏡	矯正用・遮光用	6D 未満	*高倍率(3倍率以上)の必要性(有・無)		
		6D 以上10D 未満			
		10D 以上20D 未満			
		20D 以上			
		遮光用機能(要・不要)			
		前掛け式(遮光用のみ)			
	コンタクトレンズ				
	弱視用	掛けめがね式			
	焦点調整式				
上記のとおり診断します。					
令和 年 月 日					
医療機関名					
所在地					
療科名					
医師名					

備考 遮光用の対象者は、以下の要件を満たす者。1)羞明を来していること。2)羞明の軽減に、遮光用の装用より優先される治療法がないこと。3)補装具費支給取扱指針に定める眼科医による選定、処方であること。*この際、以下項目を参照のうえ、遮光用の装用効果を確認すること。(意思表示ができない場合、表情、行動の変化等から総合的に判断すること。)・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。・暗転時に遮光用を外すと暗順応が早くなる。*弱視用(高倍率は職業上または教育上真に必要な者。*補装具費の交付数は原則1種目1具です。