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

【裸眼】　【矯正】

右視力＝　(　×　D　Cyl　D　Ax　°)

左視力＝　(　×　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。