

氏 名			生年月日	年 月 日生		
医 学 的 所 見	障害名及び 原因となった 疾病・外傷名	発生年月日 年 月 日 最終診察日 年 月 日 先天性 ・ 後天性（外傷・戦傷・産業・交通・疾病・その他） * 障害者総合支援法施行令で定める特殊の疾病(難病等)に該当（☐する☐しない）				
	経 過 ・ 現 症 ※補装具の処方 を必要とする障 害の状況につい てご記入くださ い。	1. 視 力 （裸眼：右 左 ） （矯正：右 左 ）				
補 装 具 の 処 方 内 容	補 装 具 の 種 目 及 び 名 称	・ 義眼 （ ） ・ 眼鏡 （ ）				
	補 装 具 の 処 方 内 容					
	処方効果					
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 診療担当科 医 師 名						

※ 裏面に記入上の注意事項がありますので、ご一読のうえ記入してください。

〈意見書作成にあたってのお願い〉

ご記入の際には、下記の内容についてご記載くださいますようお願いいたします。

1. 義眼について

レディメイドとオーダーメイドに区分されます。

2. 眼鏡について

眼鏡（遮光用）の支給対象者は、

- (1) 羞明を来しており、羞明の軽減に眼鏡（遮光用）の装用より優先される治療法がない場合で、
- (2) 装用効果として、以下のいずれかが認められる場合となります。

- ・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。
- ・暗転時に眼鏡（遮光用）をはずすと暗順応が早くなる。