様式２－３

眼 鏡 等 意 見 書

|  |
| --- |
|  住　　所 氏　　名　　　　　　　　　　　生年月日　　年　　月　　日（　　）歳 |
|  障 害 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　種　　級 |
|  障害の原因となる傷病の経過、現症　　　　　　　　　　　 右視力＝裸眼　　　　　　矯正（　　×　　D　　Cyl D Ax °） 左視力＝裸眼　　　　　　矯正（　　×　　D　　Cyl D Ax °）羞明の有無　有□　　無□ |
|
|  必 要 な 補装具名 | □矯正眼鏡　□遮光眼鏡（□前掛け式　□掛けめがね式）□コンタクトレンズ　□弱視眼鏡（□掛けめがね式　□焦点調整式）□普通義眼(既成品) □特殊義眼（調整・特殊加工したもの）□コンタクト義眼 |

 　矯正眼鏡（乱視矯正　□右　□左　□両　□無） 　　　　　弱視眼鏡（□右　　□左　　□両）

　 遮光眼鏡　（製品名/カラー処方　　　　　　　　　　　　）　　（□掛けめがね式　　□焦点調整式（単眼鏡・拡大鏡）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 矯正視力 | 　 Sph | 　Cyl | 　AX |  | 遠用□３倍率未満　　□３倍率以上（　　倍率） |
|  遠 用 | 右左 |  |  |  |  |
| 近用□３倍率未満□３倍率以上（　　倍率） |
|  近 用 | 右左 |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※　高倍率の場合は就学、就業上の理由を明確にすること。

 コンタクトレンズ 義　眼

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 矯正視力 | Base Curve | Power | Size |  |  右 眼 　左 眼　 両 眼 |  |
|  右 |  |  |  |  |  |
|  左 |  |  |  |  |

【主　た　る　目的】　□視力矯正　□羞明感改善（遮光眼鏡　※要カラーの処方）

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【使用効果・必要性】

|  |  |
| --- | --- |
|  |  上記のとおり診断する。　　　　　年　　　月　　　日所在地医療機関名指定医師氏名  |

※身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。

※該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。