

補装具費支給意見書（眼科用）

| | | | | |
|---|---------------------|---|--------|-------------------|
| 身体障害者(児) | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | | |
| | 生年月日 | 大・昭・平・令 | 年 | 月 日 (歳) |
| 障 害 名 | | (級) | | |
| 障害の原因となった傷病名 | | ※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 （ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない） | 受傷（発症） | 昭和・平成・令和 年 月 日 |
| 現 症 障害の部位 及びその状況 | | ※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の記載もお願いします。 | | |
| 補装具の 名称及び 処 方 | 名 称 | | | |
| | 処 方 工 作 的 所 見 | ・様式4－(2)を利用し、できる限り詳細に記入のこと。 ・処方箋の添付でも可。 | | |
| 上記の補装具が 必要な理由及び 利用能力等 | | | | |
| その他参考事項 | | | | |
| 上記のとおり補装具の必要を認める。 令和 年 月 日 診療担当科名 科 医師名 | | | | |

様式4号 補装具費支給意見書 (眼科用)

| 義 眼 | ・レディメイド ・オーダーメイド 装着眼： 右 左 両側 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------|-------|---------|-------|----------|-------|----------|---|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|
| 眼 鏡 | 矯正用 *矯正効果がある場合対象。視野障害のみの身障手帳は対象外。 ・コンタクトレンズ (ソフト ハード) ・遮光用 (前掛式) ・弱視用 (掛けめがね式 焦点調整式) *高倍率(3倍率以上)は職業上又は教育上真に必要な者。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 処方 I レンズ種類： ガラス プラスチック 他 () II 度数 1 眼鏡 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;"></th> <th style="width:15%;">S(球面)</th> <th style="width:15%;">A(軸)</th> <th style="width:15%;">C(円柱)</th> <th style="width:15%;">P(プリズム)</th> <th style="width:15%;">B(基底)</th> <th style="width:15%;">PD(瞳孔距離)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">右</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">左</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | S(球面) | A(軸) | C(円柱) | P(プリズム) | B(基底) | PD(瞳孔距離) | 右 | | | | | | | 左 | | | | | | |
| | S(球面) | A(軸) | C(円柱) | P(プリズム) | B(基底) | PD(瞳孔距離) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 右 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 左 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 コンタクトレンズ <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tbody> <tr> <td style="width:15%; text-align: center;">右</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">左</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | 右 | | 左 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 右 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 左 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| III 用法： 遠用 近用 ・常用 ・必要時 * 支給の対象となる補装具の個数は、原則として1種目1個支給。職業又は教育上等で特に必要と認められた場合は2個とすることができる。(備考に理由を明記すること。) * 矯正眼鏡の遠近両用は、基本的には支給できない。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発注業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* 遮光用の支給の要件

①羞明を来たしていること。

②羞明の軽減に優先される治療法がないこと。

装用効果を確認すること： まぶしさや白んだ感じが軽減。文字や物などが見やすくなる。

羞明による流涙等の不快感が軽減。