

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 ）			
補装具の内容	補装具の種類及び名称	・ 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。