補装具費支給意見書・処方箋（義眼・眼鏡）

氏名			生年 月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳		
住所	現在の生活場所：自宅・施設・病院・その他（ ）					
職業			原傷 病名			
手帳 障害名	種 級		(発症年月日： 年 月 日頃)			
障害の 状況 及び 現症	障害の原因となる傷病の経過、現症、及び機能・能力について記載してください。					
	(注) 眼鏡(矯正用)については、身体障害者手帳の視野障害のみの認定者に対して支給できません。(視野障害のみの認定者が、矯正機能付き遮光眼鏡を希望する場合、視力矯正機能の追加に要する費用を自己負担することで、購入することは可能です。)ただし、難病患者等で視力障害の手帳交付基準に該当する場合は、制度上、手帳交付申請を行わなくても支給可能です。					
			裸眼		矯正	
視力	右	()	()			
	左	()	()			
の補 装 具 名 称	義眼	☐ レディメイド ☐ オーダーメイド				
	眼鏡	☐ 矯正用 (☐ 乱視含む ☐ 遮光用としての機能が必要) ☐ 遮光用 (☐ 前掛け式 ☐ 掛けめがね式) *品名 () カラータイプ () ☐ コンタクトレンズ (☐ 多段階レンズ ☐ 虹彩付レンズ) ☐ 弱視用 (☐ 掛けめがね式 (☐ 高倍率 (3倍率以上) の主鏡を必要とするもの) ☐ 焦点調整式)				
補 装 具 の 処 方 内 容	義 眼					
	※処方箋添付可					
	右 眼		左 眼		両 眼	
	矯正用・遮光用					
矯正視力		P D (瞳孔間距離)	Sph (球面レンズ)	Cyl (円柱レンズ)	AX (円柱軸)	Prism (プリズム)
□ 遠 用	右	mm	D	D	°	△
	左	mm	D	D	°	△
□ 近 用	右	mm	D	D	°	△
	左	mm	D	D	°	△
コンタクトレンズ(ハード・ソフト)						
矯正視力		Base Curve	Power	Size	弱視用	
右眼					☐ 焦点調整式 (単眼鏡) (倍率)	
左眼					☐ 掛けめがね式 (倍率)	
事 特 其 項 記 他	*支給対象となる個数は原則1個です。複数個処方の場合、処方理由(具体的な必要性)を記載してください。					
見 使 込 果 み 効	☐ 容姿が整う ☐ 視力矯正 ☐ 羞明感改善(遮光) ☐ その他 ()					
上記のとおり処方いたします。						
令和 年 月 日			所 在 地 医 療 機 関 名 指 定 医 氏 名			