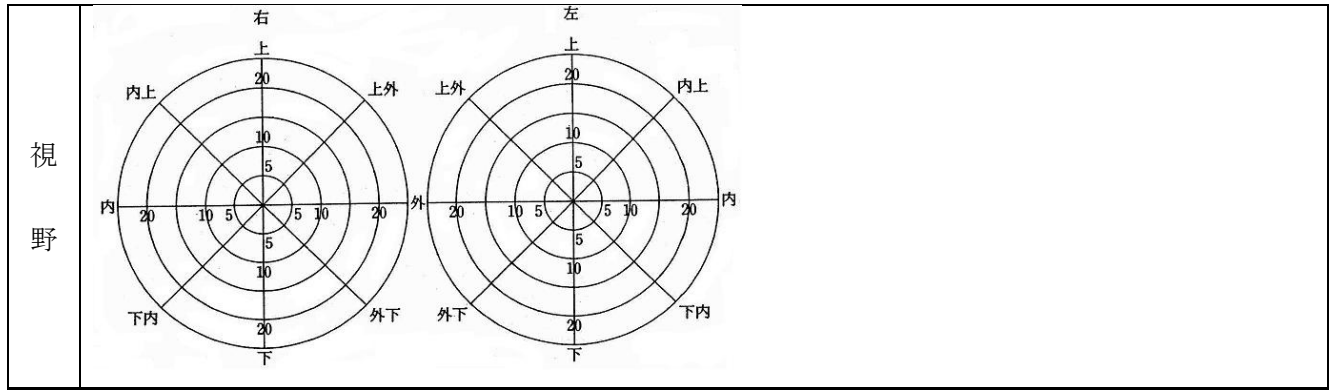


医学的意見書（眼科）

| | | | |
|---|---|-----------------|-----------|
| 受付番号 眼 | | 受付日 平成 年 月 日 | |
| フリガナ | 氏名 | 男・女 | 有 無 申請中 |
| 明・大・昭・平 | | | 障害等級 種 級 |
| 居住地 | 年 月 日生 歳 | 身体障害者手帳 | 手帳番号 県第 号 |
| | | | 障害名 |
| | | | による視覚障害 |
| ※補装具の申請において、身体障害者手帳を有しない難病患者等の場合、障害者総合支援法施行令に規定する疾病名を記載して下さい。 | | | |
| 主訴 | ①補装具（種類） ②自立支援医療〔更生医療〕（ 新規 ・ 継続 ） | | |
| 現症 | | 右 | 左 |
| | 前眼部 | | |
| | 中間透光体 | | |
| | 眼底 | | |
| 視力 | 裸眼 | 矯 正 | |
| | 右眼 | (× D cyl D A) | |
| | 左眼 | (× D cyl D A) | |
| 補装具 | 補装具の種類 該当するものを○で囲んで下さい。 | | |
| | 1. 義眼（ 両眼 ・ 片眼 …… 特殊義眼 ・ コンタクト義眼 ・ 普通義眼 ） | | |
| | 2. 矯正眼鏡（ 遠用 ・ 近用 ） | | |
| | レンズ | 球 面 | 円 柱 |
| | 右 | D | D |
| | 左 | D | D |
| | 軸 | 度 | 度 |
| | プリズム度数 | | |
| | 基 底 | 方 | 方 |
| | 瞳孔間距離 | mm | |
| 3. 弱視眼鏡 | | | |
| 掛けめがね式 主鏡（ 倍・D） 近用キャップ（ 倍・D） | | | |
| 焦点調整式（ 倍・D） | | | |
| 4. 遮光眼鏡（ 前掛式 ・ めがね式 ） | | | |
| レンズ | 球 面 | 円 柱 | |
| 右 | D | D | |
| 左 | D | D | |
| 軸 | 度 | 度 | |
| プリズム度数 | | | |
| 基 底 | 方 | 方 | |
| 瞳孔間距離 | mm | | |
| 5. コンタクトレンズ | | | |
| | B. C. | P. | S. |
| 右 | mm | D | mm |
| 左 | mm | D | mm |



| | | | |
|--------------|---|------------------|---|
| 自立支援医療(更生医療) | 医療の具体的方針 手術(手術名) その他(内容) | | |
| | 治療機関 | 概算額 ※治療期間中の総額を記入 | |
| | 年 月 日 ~ 年 月 日 (入院 月 日 ~ 月 日) (手術 月 日) (通院 月 日 ~ 月 日) | 手術 | 円 |
| | | 投薬注射 | 円 |
| | | 処置 | 円 |
| | | 検査 | 円 |
| | | 基本診療 | 円 |
| 入院 | | 円 | |
| 通院 | | 円 | |
| | 計 | 円 | |

医療所見(補装具または本医療の効果・必要性) ※必ず記入してください(具体的に)。

補装具の申請において、難病患者等であって、難病等の症状に変化や進行がある場合は、その具体的な状況を記載して下さい。(症状が変化する場合は、「症状がより重度な状態」と「症状がより軽度の状態」でどのように変化するのか、「どのくらいの時間・期間」で変化するのか等、具体的に記載して下さい。また、症状が進行する場合は、「どのくらいの期間」で「どのような状態」になることが想定されるか等、具体的に記載して下さい。)

上記のとおり意見します。

平成 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師氏名

印

補装具については、身体障害者福祉法第15条第1項(身体障害者手帳)に基づく指定医(障害分野:視覚障害)が記入して下さい(連名可)。また、難病患者等については、難病医療拠点病院又は難病協力医療機関の医師による記入も可(連名可)。

自立支援医療(更生医療)については、障害者総合支援法第59条による指定自立支援医療機関指定申請書に記載された「主として担当する医師」が記入して下さい(連名可)。

※太枠内は三重県障害者相談支援センターにて記入

| | | |
|----------------|------|---|
| 総合判定 | | |
| | 否の理由 | |
| 平成 年 月 日 | | |
| 三重県障害者相談支援センター | | |
| 医師氏名 | | 印 |