

# 医学的意見書（眼科）

<b>受付番号 眼</b> _____		受付日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
フリガナ		身体 障害者 手帳	有 無 申請中				
氏名			障害等級 種 級				
明・大・昭・平 年 月 日生 歳			交付日 年 月 日				
居住地			手帳番号 県第 _____ 号				
		障害名 _____					
		による視覚障害					
		<small>※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。</small>					
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	軸	プリズム度数	基 底	瞳孔間距離
	右	D	D	度		方	mm
	左	D	D	度		方	
	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	軸	プリズム度数	基 底	瞳孔間距離
右	D	D	度		方	mm	
左	D	D	度		方		
5. コンタクトレンズ							
	B. C.	P.	S.				
右	mm	D	mm				
左	mm	D	mm				

視 野	
--------	--

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	
そ の 他	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