

補装具費支給意見書（眼鏡・義眼）

氏 名		生 年 月 日	年	月	日生（	歳）
原 傷 病 名 障 害 名	※ <u>障害原因、機能障害等を記入してください</u>					
障 害 現 症	※ <u>裸眼視力、矯正視力等を記入してください</u> 視 力 右 () 左 ()					
補 装 具 名 処 方	1 矯正眼鏡 2 遮光眼鏡（掛けめがね式・前掛式） ※ <u>羞明に対する治療経過及び遮光眼鏡を必要とする医学的理由を具体的に記入してください</u> 右 球面レンズ D (乱視 右 D 度) 左 球面レンズ D (乱視 左 D 度)					
	3 弱視眼鏡（掛けめがね式・焦点調節式） ※ <u>医学的な処方理由、倍率、型番を記入してください</u> 4 コンタクトレンズ ※ <u>医学的な処方理由を記入してください</u> 5 義眼（普通・特殊） ※ <u>医学的な処方理由を記入してください</u> 6 コンタクト義眼 ※ <u>医学的な処方理由を記入してください</u> 					
上記のとおり意見する。 年 月 日 医療機関名 医 師 名						