

補装具意見書（視覚）

(医学的判定)

氏名	男 女	M・T・S・H 年 月 日生 (歳)	住所		
障害名及び疾病	☐ 身体障害者手帳所有者 (交付 : S・H 年 月 日 種 級)				
	☐ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病(難病等)該当者				
	原因疾患・外傷名 :				
	機能障害名 :				
障害の経過等	難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。				
	発生日時 : 年 月 日 (歳時)				
	原因 : 戦争・労災・疾病・先天性・交通事故・その他事故・その他 ()				
	経過 :				
	現況 :				
	視力	右	(× D cyl D AX °) PD mm		
		左	(× D cyl D AX °)		
現 症		左			
屈 折					
角膜曲率半径					
前 眼 部					
中間透光体					
眼 底					

裏面「記入上の留意点」をご覧ください。

補 装 具	名 称	処 方
	(なるべく処方箋も添えてください)	
	使用による具体的効果	

以上のとおりです

令和 年 月 日

医療機関名

診療担当科名

科

醫師氏名

印

※ 本意見書作成医師

☐ 身障法第15条指定医 ☐ 国立障害者リハビリテーションセンター主催 補装具適合判定医師研修会修了者

□ 難病医療拠点病院又は難病協力医療機関で難病に携わる医師で、所属学会で認定された専門医
上記所属学会名（ ）

石川県身体障害者更生相談所欄	
(処方及び工作上的の注意点・交付不適當な理由)	左記のとおり(適當・不適當)と認定します。 令和 年 月 日 石川県身体障害者更生相談所 医 師 印

記入上の留意点

記 載 欄 名	留 意 点
身 体 障 害 者 手 帳	・ 意見書作成医師の所見ではなく、身体障害者手帳に記載されている事項をそのまま記入してください。
障 害 の 経 過 ・ 発生年月日及び原因 ・ 経過・現況	・ 診療録で確認するか、本人や家族の申立て（やむを得ない場合は、推定）で記入してください。 ・ 治療経過、治療状況及びその事項に係る年月日などを記入してください。
現 症	・ 原則として補装具を要する障害に関して記入してください。 ・ 本人の状態を全体的に把握できるように記載してください。
補 装 具 の 名 称 と 処 方	・ 具体的に記入してください。
使 用 に よ る 具 体 的 効 果	・ 具体的に記入してください。