

補装具費支給意見書・処方箋（義眼・眼鏡）

様式9

氏名		男・女	生年月日	M T S H R	年 月 日	歳
住所						
障害名 (級)	原因傷病名 ※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）に該当 (□する □しない)					
障害・疾患等の状況 ※下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載してください。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してください。						
					裸眼	矯正
右						
左						
処方	義眼	<input type="checkbox"/> レディメイド (□右 □左) <input type="checkbox"/> オーダーメイド (□右 □左)				
	眼鏡	<input type="checkbox"/> 矯正用 (□6D未満 □6D以上10D未満 □10D以上20D未満 □20D以上) (乱視矯正 □なし □あり) (遮光 □なし □あり) <input type="checkbox"/> 遮光用 (□前掛式 □掛けめがね式) <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ (□右 □左) <input type="checkbox"/> 弱視眼鏡 (□掛けめがね式 (倍率) □焦点調整式)				
※該当する項目にチェックを入れ、必要事項を記載してください。						
※ 矯正用は下表を記載してください。						
		矯正視力	SPH. 球面	CYL. 円柱	AX 円柱軸	P. D. 瞳孔距離
遠用	右		D	D	度	mm
	左		D	D	度	mm
近用	右		D	D	度	mm
	左		D	D	度	mm
※ 遮光が必要な場合はレンズについて記載してください。						
カラータイプ						
使用効果見込み(※1)						
特記事項(※2)						
上記のとおり意見、処方する。 令和 年 月 日			所在地 医療機関名 医師氏名			
令和 年 月 日 製品検査			職・氏名			

※1 眼鏡等の装用により改善される視力の程度や使用目的及び具体的な効果等について『使用効果見込み』欄に記載してください。

※2 二具処方の場合と、弱視眼鏡の高倍率（3倍以上）の処方は『特記事項』欄に必要な理由について記載してください。