

補装具費支給意見書・処方箋（義眼・眼鏡）

様式9

氏 名			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。			<table border="1"> <tr> <td></td> <td>裸 眼</td> <td>矯 正</td> </tr> <tr> <td>右</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>左</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					裸 眼	矯 正	右			左																								
	裸 眼	矯 正																																			
右																																					
左																																					
処 方 ※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。	義 眼	☐ レディメイド (□右 □左) ☐ オーダーメイド (□右 □左)																																			
	眼 鏡	☐ 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) ☐ 遮光用 ☐ コンタクトレンズ (□右 □左) ☐ 弱視眼鏡 (□掛けめがね式 (倍率) □焦点調整式)																																			
		※ 矯正用は下表を記載してください。 <table border="1"> <tr> <th colspan="3">矯正視力</th> <th>SPH. 球面</th> <th>CYL. 円柱</th> <th>AX 円柱軸</th> <th>P. D. 瞳孔距離</th> </tr> <tr> <td rowspan="2">遠 用</td> <td>右</td> <td></td> <td>D</td> <td>D</td> <td>度</td> <td>mm</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td></td> <td>D</td> <td>D</td> <td>度</td> <td>mm</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">近 用</td> <td>右</td> <td></td> <td>D</td> <td>D</td> <td>度</td> <td>mm</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td></td> <td>D</td> <td>D</td> <td>度</td> <td>mm</td> </tr> </table> ※ 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					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
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																															
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。			所 在 地																																		
令和 年 月 日			医療機関名																																		
(自署又は記名押印)			医 師 氏 名																																		
令和 年 月 日			職・氏 名																																		
製品検査																																					

※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）の処方については『特記事項』欄に必要な理由について記載してください。