様式第６－１号

補装具費（購入・修理）支給意見書　　　　　　（義眼・眼鏡用）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 男･女　　　　　年　　月　　日生（　　 歳） |
| 住　所 |  | 職業 |  |
| 障害名 |  | 等級 | 　　　　　　　　　　　級 |
| 原因となった疾病・外傷名 | ※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当　（　□する　・　□しない　） |
| 医学的所見等 | １　現症・外　眼　右（　　　　　　　）　　　　　左（　　　　　　　）・中　間　右（　　　　　　　）　透光体　左（　　　　　　　）・眼　底　右（　　　　　　　）　　　　　左（　　　　　　　） | ２　視力　　　　裸　眼　　　　 矯　正　右　（　　　　　　　）（　　　　　　　）左　（　　　　　　　）（　　　　　　　）３　眼鏡右　　　　　D　円柱C（　　　　D　軸　　　　）左　　　　　D　円柱C（　　　　D　軸　　　　） |
| その他の参考事項※　**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、症状がより重度である状態についても記載すること。また、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続が必要な医学的理由についても記載する**。 進行性疾患：□　該当　□　非該当　　　　　　　　　　　　　　　　 支給決定手続き：□　迅速　□　一般 |
| 補装具の種類 | １　矯正用（裏面注１）　（　□　遠用　・　□　近用　）　　　　　（　□　遮光機能（裏面注２））　□　6D未満□　6D以上10D未満□　10D以上20D未満□　20D以上２　遮光用（裏面注２）　□　前掛式　□　掛けめがね式 | ３　弱視用眼鏡　（裏面注３）　□　掛けめがね式　□　掛けめがね式高倍率　□　焦点調節式　４　□　コンタクトレンズ５　義眼　（□　レディメイド　・　□　オーダーメイド） |
| 処方（別紙による添付可）（裏面注４） |
| **使用効果見込み** | 種目名称別コード |
|  |
| 上記のとおり意見する。　　　　　　年　　月　　日　　病院又は診療所の名称　　所　　在　　地　　診療担当科名　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　( 印 ) 　　　 　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 （自署又は記名押印） |

※該当項目の□にチェックを入れてください。

※作成にあたっては裏面を参照してください。

（様式第６－１号裏面）

補装具費支給(購入・修理)意見書（その他の補装具）作成上の留意点

１　共通事項

(1)　医学的所見には、当該補装具を必要とする理由が明確となるよう記載してください。

(2)　障害名及び原因となった疾病・外傷名を必ず記載してください。

(3)　障害者総合支援法施行令に規定する疾病の場合、身体状況の変動状況、日内変動、進行状況

等について具体的に記載してください。

１　矯正用（注１）

　　視野障害のみでは対象となりません。

２　遮光用（注２）

　支給対象は以下の用件を満たす者とします。

(1)　視覚障害等により身体障害者手を取得している者又は障害者総合支援法施行令第１条に規

　　　定する特殊の疾病に該当する難病患者であること。

(2) 羞明を来していること。

(3) 羞明の軽減に、遮光眼鏡の装用より優先される治療方法がないこと。

(4) 補装具費支給事務取扱指針に定める眼科医による選定、処方であること。

３　弱視用眼鏡　（注３）

　高倍率を適用する場合は、職業上または教育上真に必要な者に限られます。

４　処方

　　処方の欄には、眼鏡（矯正用）については、SHP、CYR、Ax、PD等、眼鏡（矯正用）に遮光

機能のあるもの及び眼鏡（遮光用）については、遮光レンズの品名、カラータイプ、遮光率％を

記載してください。（別紙による添付可）