補装具・様式１２

補　装　具　費　支　給　意　見　書（眼科用）

氏名	年　　月　　日生
障害名（注：〇で囲む） ・ 視力障害（　　級）　　・ 視野障害（　　級）	
原因疾病・外傷名 ※ 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な病気（難病等）に該当（□する・□しない）（注：☑付け）	
障害・疾患等の状況（注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。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。）	
必要と認める補装具	補装具の種目、名称（注：〇で囲む） ・ 義眼［ レディメイド・オーダーメイド ］ ・ 矯正用 ・ 遮光用［ 前掛式・掛けめがね式 ］ ・ 弱視用［ 掛けめがね式・焦点調整式 ］ ・ コンタクトレンズ［ 標準レンズ・多段階レンズ・虹彩付レンズ ］
	処方内容（注：☑付け） □ 処方箋を添付 □ 右記のとおり →（　　）
	使用効果見込み（注：☑付け・複数選択可） □ 容姿が整う　□ 物が拡大し、見えなかった物が見えるようになる □ 羞明が軽減する　□ ピントが合って、はっきり見える　□ 視力が上がる □ その他（　　）
上記のとおり意見する。 年　　月　　日 病院又は診療所名 所　　在　　地 医　師　氏　名	

※意見書を作成できる医師については、補装具費支給事務取扱指針に準ずる。