

眼鏡等の補装具費支給意見書(書面判定用)

本人	氏名	男・女		生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日	歳
	住所				電話番号				
障害名					等級	種 級			
医学的所見									
	裸眼視力	(右)	(左)						
矯正視力									
処方	※必要なものを○で囲んでください								
	義 眼 : 普通義眼 ・ 特殊義眼 ・ コンタクト義眼								
	矯正眼鏡 コンタクトレンズ								
	遮光眼鏡 : 矯正あり ・ 矯正なし ・ 前掛け式 (色) : オレンジ ・ 黄 ・ 赤 ・ 緑 ・ グレー ・ 茶 ・ その他( )								
弱視眼鏡 : 掛け眼鏡式 ( 倍率 ) ・ 焦点調節式 ( 倍率 )									
処方箋									
	視 力	球 面	円 柱	軸	基 底	瞳孔間距離	用 法		
右									
左									
上記のとおり診断する。									
平成 年 月 日					医療機関住所 電話 医療機関の名称 15条指定医師名				
									印