**眼鏡・義眼支給意見書**

**該当する項目の □ にチェックを入れてください。　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　 　　 　　　（書類判定用）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　　名 | |  | 大正　　昭和　　平成 　令和  年　 月　 　　日生 (　 　 　歳) | |
| 住　　　　所 | | 区  電話番号　　　　　　 －　　　　 　　　－ | | |
| 身障手帳の等級 | | （　　視力障害　　　 級）  視 覚 障 害　 　　　 級  （ 　 視野障害 　　　　級） | | |
| ※ 難病等の状況 | | 該当する　　・　　　該当しない  ※　「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」で定める特殊疾病（難病等）のこと | | |
| 原因疾病・外傷名 | |  | | |
| 視　　　　力 | | ※ 現在の視力をご記入ください。  裸眼視力　　　　　 矯正視力    右　眼　（　　　　　　） （　　　　　　） | | （矯正視力は、コンタクトレンズ装用を含む）  裸眼視力　　　　　　 矯正視力    左　眼　（　　　　　　） （　　　　　　） |
| 現　　　　症 | | 現在の症状や障害の状況等をご記入ください。（注）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下さい。筋萎縮性側索硬化症などの急速な進行性核疾患で、迅速な手続きが必要な場合はその理由についても記載して下さい。 | | |
| ※迅速な支給決定手続きが必要な場合は、チェックをして下さい。（急速な進行性疾患のみ）　　　　該当 | | |
| 必要な補装具 | １　　眼鏡　矯正用　（対象：身体障害者手帳の視力障害または難病等により視力障害の認定基準を満たす方） | | | |
| ア． 用途　　 　　　遠用　　 　 　　　近用 | | | |
| （遠用）　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　 （近用）   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ﾚﾝｽﾞ | 球面ﾚﾝｽﾞ  ＳＰＨ | 円柱ﾚﾝｽﾞ  CYL | 円柱軸  Ax |  | ﾚﾝｽﾞ | 球面ﾚﾝｽﾞ  SPH | 円柱ﾚﾝｽﾞ  CYL | 円柱軸  Ax | | 右 | D | D | 度 | 右 | D | D | 度 | | 左 | D | D | 度 | 左 | D | D | 度 |   瞳孔距離　　　　　　　　　　　mm　　　　　　　　　　　　　　　　　　 瞳孔距離　　　　　　　　　　　mm | | | |
| ２　　眼鏡　遮光用　（対象：身体障害者手帳の視覚障害または難病等で、羞明をきたしている方） | | | |
| ア．種　　　類　　　　　　掛け眼鏡式　　　　前掛式　　　（　オーバーグラス）  イ．用　　　途　　　　　　屋外用　　　　　　　屋内用  ウ．COLOR 　 　 ( 　 　 )  エ．透過率 　 ( 　 　 ) ％  オ．矯正機能　　　　　　無　　　有　　（　遠用　　　近用）  ※ 視野障害のみで、視力障害の認定基準を満たさない場合は、視力矯正機能は、補装具費支給の対象外となりますが、基準額との差額を本人が自己負担することで、支給の対象とすることができます（身体機能の補完及び適合に影響を与えないとみとめられる場合に限る。）  （遠用）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （近用）   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ﾚﾝｽﾞ | 球面ﾚﾝｽﾞ  SPH | 円柱ﾚﾝｽﾞ  CYL | 円柱軸  Ax |  | ﾚﾝｽﾞ | 球面ﾚﾝｽﾞ  SPH | 円柱ﾚﾝｽﾞ  CYL | 円柱軸  Ax | | 右 | D | D | 度 | 右 | D | D | 度 | | 左 | D | D | 度 | 左 | D | D | 度 |   瞳孔距離　　　　　　　　　　　mm　　　　　　　　　　　　　　　　　　 瞳孔距離　　　　　　　　　　　mm | | | |

※ 補装具の交付は、原則１個です。　裏面 【記入上の注意】 をご確認ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 必要な補装具 | ３　　眼鏡　弱視用　（対象：身体障害者手帳の視力障害または難病等により視力障害の認定基準を満たし、矯正眼鏡などでは視力改善が期待できない人）  ア．種類　…　 　掛け眼鏡式　(　　　　　　　倍率　) 　 　焦点調節式  ※掛け眼鏡式の高倍率（**３倍率**以上）が交付できるのは、職業上・教育上等で真に必要であると認められる場合です。  「補装具を必要とする理由」欄へ ①どのような時に装用する必要があるか ②１日のうちの使用頻度を具体的に記入してください。 |
| ４　 コンタクトレンズ（対象：身体障害者手帳の視力障害または難病等により視力障害の認定基準を満たす方） |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | B．C | Power | Ｓｉｚｅ | | 右 | D | D | 度 | | 左 | D | D | 度 |   ※該当する場合は、チェックして下さい。　　　　多段階レンズ　　　　虹彩付レンズ  ※「補装具を必要とする理由」欄へ「コンタクトレンズでなければならない理由」を具体的に記入してください。また、「多段階レンズ」「虹彩付レンズ」にチェックをされた場合についても同様に記載をお願いします。  ※多段階レンズ対象者：角膜形状異常や強度屈折異常等のため一般的なコンタクトレンズ装用が困難で真に必要な者。  ※虹彩付レンズ対象者：角膜白斑あるいは羞明等があり、遮光用の眼鏡装用が困難で真に必要な者。 |
| ５　 義　眼  ア．種　　　類　　　　　　レディメイド　　　 オ－ダ－メイド  イ．装 用 眼　　　　　　右 眼　 　　左　 眼 　　　 　　両　 眼 |
| 補装具を必要とする理由  例） 遮光用　「羞明をきたしている」 ／ 矯正用　「視力の低下により、物につまずきやすい」※どちらも必要とする場合はそれぞれの理由が必要です。 | |
| 補装具の使用による効果の見込み  例） 遮光用　「羞明の軽減により外出がしやすくなる」 ／　矯正用 「視力の改善により転倒を防げる」※どちらも必要とする場合はそれぞれの効果込  みが必要です。 | |
| 令和 年 月 日  　　　 医療機関名  　　　 所在地  　　　 診療科目名　　　 　　　　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　医師氏名 （自　署） | |
| 該当する項目にチェックを入れて下さい。（※本意見書を作成できる医師は下記のとおりです。）  　身体障害者福祉法第１５条第１項に基づく指定医  　指定自立支援医療機関（育成医療機関）の医師　　※障害児の場合のみ  　難病法第６条第１項に基づく指定医　　　　　　　 　　※難病患者等で申請の場合のみ | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（R6.4月）

【記入上の注意】

※ 補装具の交付は、**原則１個**となっています。

※ ただし、職業上、教育上等で真に必要と認められる場合は、２個対象となります。

　　　　 ⇒　①どのような時に２個それぞれを装用する必要があるか。

②２個それぞれの使用頻度はどの程度か。

①②が判定上必要です。「必要とする理由」「効果」欄に具体的に記入してください。

２個申請　例）眼鏡 矯正用（遠用と近用） または　眼鏡 遮光用（屋外用と屋内用）

※盲ろう者については、障害特性を踏まえ、実情に応じて２個支給される場合があります。