（書類判定用）

補装具費支給意見書・処方箋（義眼・眼鏡）

氏　名		年　月　日生 （　才）
住　所	福岡市　区	TEL －　－

医学的診断

障がい名　（　級）

原因傷病名

疾病・外傷発生年月日　年　月　日

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定の疾病（難病等）に該当　（ する ・ しない ）

障がい・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。

	裸眼	矯正
右		
左		

補装具

義眼

1．レディメイド（ 右 ・ 左 ）　2．オーダーメイド（ 右 ・ 左 ）

眼鏡

1．矯正眼鏡　［ 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 ］
2．遮光眼鏡　（ 前掛式 ・ 掛けめがね式 ）
3．コンタクトレンズ　（ 右 ・ 左 ）
4．弱視眼鏡　（ 掛けめがね式〈 高倍率・普通 〉 ・ 焦点調整式 ）

眼鏡処方

眼鏡	S（球面）	C（円柱）	A（軸）
右眼	D	D	°
左眼	D	D	°

瞳孔距離　mm

コンタクトレンズ					
右眼	BC　mm	Pow	D	Size	mm
左眼	BC　mm	Pow	D	Size	mm

使用効果見込

※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記載してください

年　月　日

所在地
医療機関名
診療科名

医師氏名