

眼鏡等支給意見書

住 所					
氏 名	明・大・昭 年 月 日生 ( ) 才				
障 害 名					
現 症					
右 視 力 =	(      ×      D      Cyl      D      Ax      °)				
左 視 力 =	(      ×      D      Cyl      D      Ax      °)				
必 要 な 補 装 具 名	1. 矯正眼鏡    2. 遮光眼鏡    3. コンタクトレンズ    4. 弱視眼鏡 1. 普通義眼(既成品)    2. 特殊義眼(調整・特殊加工したもの) 3. コンタクト義眼				

眼 鏡		弱視眼鏡				
		矯 正 視 力	Sph	Cvl	AX	
遠 用	右					遠 用
	左					
近 用	右					近 用
	左					

コンタクトレンズ					義 眼			
		矯 正 視 力	Base Curve	Power	Size	右 眼	左 眼	両 眼
右								
左								

上記のとおり診断する。

年      月      日

医療機関名  
医師氏名

印

※身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。