眼鏡意見書

島根県立心と体の相談センター

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名（性別） | （男・女） | 　　　年　　　月　　　日生（　　　歳） |
| 住所 |  |
| 障害名 |  |
| 障害の原因となった疾病名 |  | 受傷(発症)年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 現症・障害の部位その状況 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　右　　　左　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　裸眼視力　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　矯正視力 |
| 補装具の名称及び処方 | 　義眼　：レディメイド　　オーダーメイド　　（装着眼　　右　　左　　）　眼鏡　：矯正用　（　遮光機能　：　要　不要　）　　　　：遮光用　（　前掛式　　掛けめがね式　）　　　　：コンタクトレンズ（　ソフト　　ハード　）　　　　：弱視用　（　掛けめがね式　　焦点調整式　） |
| 上記の補装具が必要な理由及び利用能力 |  |
| 処方 | レンズ種類　：ガラス　　プラスチック　　他（　　　　　　　　）度数（眼鏡）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（弱視用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| 使用レンズ　　　　　　製 |
| 右眼　　左眼　　両眼 |
| 遠用　　２　× |
| （倍率）近用 |
| 瞳孔距離　　　　　mm |

 | 右 | 左 |
| 遠用 | 球面レンズ | D | D |
| 円柱レンズ | D軸　　　度 | D軸　　　度 |
| 瞳孔距離 | 　　　　　　　　mm |
| 近用 | 球面レンズ | D | D |
| 円柱レンズ | D軸　　　度 | D軸　　　度 |
| 瞳孔距離 | 　　　　　　　　mm |

（コンタクトレンズ）　　右　　左 |
| 眼鏡の装着により改善される視力の程度及び装着についての意見 |  |
| 上記のとおり補装具の必要を認める　　　　　　　医療機関名　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |