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　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | |