

眼鏡等処方意見書

氏 名	T・S・H・R 年 月 日生(歳)
住 所	
障害名	
現症 (眼科疾患の有無・障害の状況)	
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の疾病に <input type="checkbox"/> 該当する・ <input type="checkbox"/> 該当しない 裸眼視力 矯正視力 近距離視力(読書等で使用する場合は記入) 右 () () 裸眼 () 矯正 () 左 () () 裸眼 () 矯正 ()	

※該当するにレ印

眼鏡矯正用

眼鏡遮光用 (前掛式、掛けめがね式)

眼鏡弱視用 (項目を○で囲む)

		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	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	mm

掛けめがね式 焦点調節式			
右 眼	左 眼	両 眼	
遠 用	2 ×		
(倍 率)			
	3 ×	6 ×	
近 用	4 ×	8 ×	
	5 ×		
瞳孔距離	右 mm	左 mm	
乱 視 軸	右眼 度	左眼 度	

コンタクトレンズ

	右	左
追加矯正度数 (眼前 1 2 mm)	CL × D	CL × D
使用レンズ B・C	mm	mm
使用レンズ 直 径	mm	mm
使用トライアルレンズセット	種 D	種 D

義 眼 (項目を○で囲む)

右 眼	左 眼	両 眼	レディメイド	オーダーメイド
-----	-----	-----	--------	---------

総合所見 (必要性及び眼鏡等の装用により改善される視力の程度等)	
令和 年 月 日 所在地 医療機関名 診療科名 医師名 (記名押印又は署名)	製作予定業者名 種目名称別コード