

暗所視支援眼鏡に関する意見書

申請者	住所		
	氏名	生年月日	年 月 日
身体障害者手帳番号	第 号	等 級	種 級
特定疾患医療受給者証	有 ・ 無	受給者番号	
障 害 ・ 疾 患 名			
(1) 症状			
・ 夜盲の有無	有 / 無	・ 矯正視力が0.1以上【※1】	有 / 無
・ 視野狭窄の有無	有 / 無	・ 中心視野の有無【※1】	有 / 無
(2) 上記症状を要因とし、暗所視支援眼鏡を必要とする場面・理由			
(3) 暗所視支援眼鏡の使用効果・見込【※2】			
上記のとおり、意見、処方する。			
令和 年 月 日			
所在地			
医療機関名			
医師氏名 ㊞			
【※3】			

【※1】 暗所視支援眼鏡の使用には、矯正視力及び中心視野0.1以上が必要です。

【※2】 暗所視支援眼鏡の試行結果を踏まえた上で記入してください。

【※3】 この意見書は、身体障害者福祉法第15条に規定された医師又は難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定された医療機関の医師若しくは同法第6条に規定された医師による記入が必要です。