

補装具費支給意見書（視覚障害者用）作成上の注意点

この意見書は、視覚障害者のための補装具の判定を行う際に必要となりますので、記入漏れのないようにお願いいたします。記入に当たっては以下の点に御留意ください。

1 身体障害者手帳

身体障害者手帳の等級と障害名を必ず記入してください。

2 原因となった疾病・外傷名

身体障害者手帳を所持していない場合は、障害者総合支援法に基づく特殊の（難病等）であることを確認してください。

障害者総合支援法に基づく特殊の疾病（難病等）に該当する場合は、その名称を記入し、□にチェックしてください。

3 障害・疾患等の状況

本意見書作成時の状態について記入してください。視野障害や羞明の有無、補装具が必要な状況等を記入してください。

4 補装具の種目・名称

必要と認める補装具に○をつけてください。必要と思われるものの □ の欄にチェックをしてください。

処方欄に、眼鏡（矯正用）については SHP、CYL、Ax、PD 等を記入してください。眼鏡（遮光用）及び遮光機能のある眼鏡（矯正用）については、遮光レンズの品名、カラータイプ、遮光率%を記入してください。

5 使用効果見込み

使用目的、使用することによる生活改善の見込み等について、具体的に記入してください。

※手帳が視野障害のみで眼鏡を必要とする方

視力障害の認定がなく、視野障害のみの方には視力矯正用の眼鏡を支給することはできません。視野障害で支給可能な補装具は遮光用となります。

補装具費支給意見書（視覚障害者用）			
氏 名	男・女		
生 年 月 日	年	月	日 歳
住 所			
身体障害者 手帳	等 級	種 級	
	障害名		
原因となった疾病・外傷名			
※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（難病等）に該当（ ☐ する・ ☐ しない）			
障害・疾患等の状況（注：下記補装具を必要と認める理由を具体的に記載。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載。）			
【視力】	裸眼	矯正	矯正眼鏡
右			
左			
【現症】	右		左
前眼部			
中間透光体			
眼底			
その他			
※進行性疾患： ☐ 該当 ☐ 非該当			
必要と認める補装具	補装具の種目・名称 1. 義眼（レディメイド・オーダーメイド） 2. 眼鏡 ☐ 矯正用（ ☐ 遮光機能が必要 ☐ 遠用 ☐ 近用） ☐ 遮光用（前掛け式・掛け眼鏡式） 3. コンタクトレンズ 4. 弱視用 ☐ 掛け眼鏡式（倍率） ☐ 焦点調整式		
	処方		
	使用効果見込み		
上記のとおり意見する。 年 月 日 病院又は診療所名 所 在 地 診 療 担 当 科 名 作 成 医 師 氏 名 印			

補装具費支給意見書（視覚障害者用）

氏名

栃木 太郎

男

女

生年月日

〇〇 年 12 月 26 日 〇〇 歳

住所

栃木県宇都宮市駒生町3337-1

身体障害者手帳

等級

1 種 3 級

障害名

良い方の視力が0.04以上0.07以下のもの

原因となった疾病・外傷名

緑内障

※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（難病等）に該当（☐する・☒しない）

障害・疾患等の状況（注：下記補装具を必要と認める理由を具体的に記載。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載。）

【視力】	裸眼	矯正	矯正眼鏡
右	0.02	0.04	-6.0D
左	0.02	0.04	-6.0D

【現症】	右	左
前眼部	異常なし	異常なし
中間透光体	白内障	白内障
眼底	視神経萎縮	視神経萎縮

その他

視力および視野の障害が強い。日常生活の著しい制限あり。

※進行性疾患：☒該当 ☐非該当

必要と認める補装具

補装具の種目・名称

1. 義眼（レディメイド・オーダーメイド）

2. 眼鏡 ☒ 矯正用（☐ 遮光機能が必要 ☒ 遠用 ☐ 近用）
☐ 遮光用（前掛け式・掛け眼鏡式）

3. コンタクトレンズ

4. 弱視用 ☐ 掛け眼鏡式（倍率） ☐ 焦点調整式

処方

右：(SPH)+6.0D、(CYL)-1.00D、(AXIS) 90°

左：(SPH)+6.0D、(CYL)-0.75D、(AXIS) 90°

使用効果見込み

効果あり

上記のとおり意見する。

〇〇年 4 月 1 日

15 条指定医で、かつ、指定を受けた種目の医師の記載かどうか？

意見書は概ね6ヶ月以内に作成されたものか？

病院又は診療所名

所在地

診療担当科名

作成医師氏名

医療法人□□会

△△病院

★★市〇〇町1/234番地5

眼科

栃木 桃太郎

印

意見書の種類は間違っていないか

身体障害者手帳は交付されているか？
また、障害名は手帳の障害名が正しく記載されているか？
※矯正機能付きの眼鏡は、視力障害の手帳が必要。

きちんと種目が記載されているか？

PSH＝球面レンズ度数
CYL＝乱視の円柱レンズ度数
AXIS＝乱視の円柱軸角度
PD＝瞳孔間距離

2025. 2