

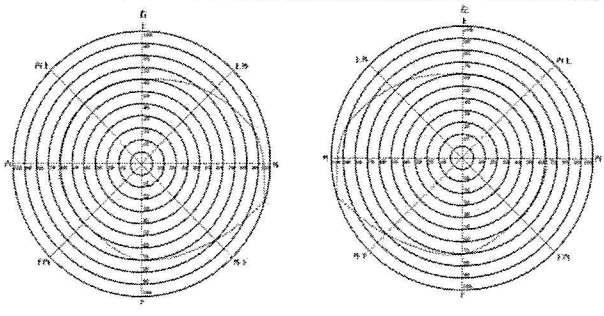
意見書(視覚)

年 月 日

医療機関名：

医 師 名：



フリガナ	男 女	生年 月 日	歳	職 業	
氏 名					
住 所					
原傷病名 ※障害者総合支援法の対象となる特殊疾患(難病等)に該当する(□する・□しない)					
現 症					
原 因		場 所		年 月 日	
病 歴		現 症			
家 族 歴		1. 外 眼			
※難病患者については、身体症状等の変動状況や日内変動		2. 中間透光体			
	裸 眼	矯 正	矯正眼鏡		
右 眼					
左 眼					
		2. 眼 底			
イ. 第 級 号に 該 当 ロ. 非 該 当					
審査の結果 { 1 補装具の給付 2 更生医療の給付 3 施設入所 } は 適 当 不 適 当 と認める。					
年 月 日 判定医： 					