

補装具処方箋(眼鏡・義眼・つえ)

ふりがな 氏 名		性 別		男 ・ 女	生年月日		年 月 日 (歳)	
住 所					職 業			
障害名 (身障手帳の「障害名」を記載して下さい)					等 級		種 級	
現 症					補装具の必要性 補装具使用効果見込み			
		SPH (球面)	CYL (円柱)	AXIS (円柱軸)	PRISM (プリズム)	BASE (基底)	PD (瞳孔距離)	備 考
処 方	遠用	右						
		左						
	近用	右						
		左						
※以下該当する項目にチェックをお願いします。								
①眼鏡								
☐ 矯正眼鏡 [☐ 6D未満 ☐ 6D以上10D未満 ☐ 10D以上20D未満 ☐ 20D以上] [☐ 乱視]								
[☐ プラスチック ☐ ガラス]								
☐ 遮光眼鏡 [☐ 前掛式 ☐ 6D未満 ☐ 6D以上10D未満 ☐ 10D以上20D未満 ☐ 20D以上] [☐ 乱視]								
[☐ プラスチック ☐ ガラス]								
☐ 弱視眼鏡 [☐ 掛けめがね式 ☐ 掛けめがね式(高倍率) ☐ 焦点調節式]								
②コンタクトレンズ								
☐ ハード ☐ ソフト								
右		BC	/P		/S			
左		BC	/P		/S			
③義眼								
☐ 普通義眼 [☐ 右 ☐ 左] [☐ プラスチック ☐ ガラス]								
☐ 特殊義眼 [☐ 右 ☐ 左] [☐ プラスチック ☐ ガラス]								
☐ コンタクト義眼 [☐ 右 ☐ 左]								
④盲人安全つえ [☐ 普通用 ☐ 携帯用]								
☐ グラスファイバー ☐ 木材 ☐ 軽金属								
[☐ 夜光材付 ☐ 全面夜光材付 ☐ フラッシュライト付 ☐ ベル付 ☐ ホリカーホネット樹脂被覆付 ☐ ゴムグリップ付]								
上記のとおり処方する 年 月 日					処方医師 医 療 機 関 名 医 師 名 印			
適合判定所見								
上記処方のとおり適合していることを証明する 年 月 日					適合医師 医 療 機 関 名 医 師 名 印			
該当する項目にチェックをお願いします								
☐ 身障法第15条指定医								
☐ 国立身体障害者リハビリテーションセンター主催 補装具適合判定医師研修会修了者								
☐ 児童の場合(指定自立支援医療機関 ・ [] 保健所)								