

# <那覇市作成記入例>

④

第

号様式

## 補装具処方箋(眼鏡・義眼・つえ)

氏名	なは たらう <b>那覇 太郎</b>		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	生年月日	<input checked="" type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> T <input checked="" type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> H	○年○月○日 (○歳)	
住所	<b>那覇市泉崎1-1-1</b>				職業	<b>会社員</b>		
障害名	(身障手帳の「障害名」を記載して下さい) <b>糖尿病網膜症</b>				等級	<b>1 種                  2 級</b>		
現症	例)両糖尿病網膜症に対してレーザー施行されており、状態安定している。緑内障については点眼薬加療中。				補装具の必要性 差明の軽減に遮光眼鏡の装用より優先される治療法がない。 補装具使用効果見込み <b>差明の軽減</b>			
処方		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
	遠用	右	<b>-0.25</b>	<b>-3.00</b>	<b>90</b>		<b>66</b>	
		左	<b>-1.00</b>	<b>-1.75</b>	<b>95</b>			
	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								
<input type="checkbox"/> 矯正眼鏡 [ <input type="checkbox"/> 6D未満 <input type="checkbox"/> 6D以上10D未満 <input type="checkbox"/> 10D以上20D未満 <input type="checkbox"/> 20D以上 ] [ <input type="checkbox"/> 乱視 ]								
[ <input type="checkbox"/> プラスチック <input type="checkbox"/> ガラス ]								
<input checked="" type="checkbox"/> 遮光眼鏡 [ <input type="checkbox"/> 前掛式 <input checked="" type="checkbox"/> 6D未満 <input type="checkbox"/> 6D以上10D未満 <input type="checkbox"/> 10D以上20D未満 <input type="checkbox"/> 20D以上 ] [ <input type="checkbox"/> 乱視 ]								
[ <input checked="" type="checkbox"/> プラスチック <input type="checkbox"/> ガラス ]								
<input type="checkbox"/> 弱視眼鏡 [ <input type="checkbox"/> 掛けめがね式 <input type="checkbox"/> 掛けめがね式(高倍率) <input type="checkbox"/> 焦点調節式 ]								
②コンタクトレンズ								
<input type="checkbox"/> ハード <input type="checkbox"/> ソフト								
右		BC	/P	/S				
左		BC	/P	/S				
③義眼								
<input type="checkbox"/> 普通義眼 [ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ] [ <input type="checkbox"/> プラスチック <input type="checkbox"/> ガラス ]								
<input type="checkbox"/> 特殊義眼 [ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ] [ <input type="checkbox"/> プラスチック <input type="checkbox"/> ガラス ]								
<input type="checkbox"/> コンタクト義眼 [ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ]								
④盲人安全つえ [ <input type="checkbox"/> 普通用 <input type="checkbox"/> 携帯用 ]								
<input type="checkbox"/> グラスファイバー <input type="checkbox"/> 木材 <input type="checkbox"/> 軽金属								
[ <input type="checkbox"/> 夜光材付 <input type="checkbox"/> 全面夜光材付 <input type="checkbox"/> フラッシュライト付 <input type="checkbox"/> ベル付 <input type="checkbox"/> ポリカーボネート樹脂被覆付 <input type="checkbox"/> ゴムグリップ付 ]								
上記のとおり処方する 平成 年 月 日					処方医師 医療機関名 <b>〇〇病院</b>			
					医師名 <b>〇〇 〇〇</b> <input checked="" type="radio"/> 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 平成 年 月 日					適合医師 医療機関名			
					医師名 <b>〇〇 〇〇</b> 印			
該当する項目にチェックをお願いします								
<input type="checkbox"/> 身障法第15条指定医								
<input type="checkbox"/> 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								
<input type="checkbox"/> 児童の場合(指定自立支援医療機関・〔 〕保健所)								

※重要

※乱視ありの場合は  
チェック入れること