

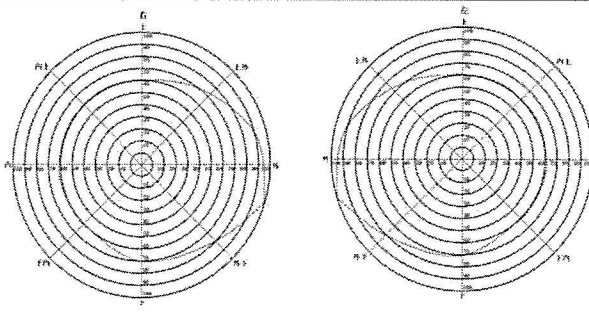
意見書(視覚)

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：					
㊞					