

日常生活用具(暗所視支援眼鏡)給付に係る意見書

氏 名

年 月 日生

◆夜盲または視野狭窄の原因となった病名(難病等) ※網膜色素変性症など

{ }

該当する項目に☑してください。

身体障害者手帳(視覚障害)所持者

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疾病(難病等)

◆症状及び現在の視機能の状態

該当するすべての項目に☑してください。

夜盲症状がある

視野狭窄がある

中心視野が保たれている

矯正視力が0.1以上ある

その他

{ }

◆暗所視支援眼鏡の使用効果・見込

該当するすべての項目に☑してください。

暗所視支援眼鏡の試装着により、より明るい視界又はより広い視野を確認できた

介助者なしでの単独歩行が期待できる

単独での通学、通勤等が期待できる

屋外での活動が可能になり、行動範囲及び社会参加機会の拡大が期待できる

その他の有用性

{ }

◆暗所視支援眼鏡の有用性

該当するいずれかの項目に☑してください。

有用性が期待できる

有用性は期待できない

上記のとおり意見する

年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_

(署名または記名押印)