

身体障害者医学的判定カード4 (視覚障害用: 補装具費支給意見書)

受付番号: _____ (判定書番号 _____) 身体障害者更生相談所: 和歌山県子ども・障害者相談センター

相談日: _____年 _____月 _____日 場所: _____ 手帳区分: 1 身体障害者 2 戦傷病者 3 他()

フリガナ氏名: _____ 性別: 男/女 生年月日: _____年 _____月 _____日生()歳
 在宅: 独居・人暮らし ()
 入院・入通所()

住所: _____ 住居: _____ 就労: 無・有()

手帳: 障害名: _____
 程度: 種 級 番号: _____ 第 _____ 号 交付: 昭和・平成 _____年 _____月 _____日
 追加変更再交付: 昭和・平成 _____年 _____月 _____日

起因傷病名: _____ 原因: 先天性・交通・労災・その他事故・戦傷・その他

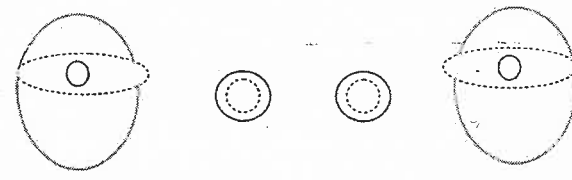
現病歴: 大正・昭和・平成 _____年 _____月 _____日発症
 合重併複症障及害び等

主 訴

受療状況 1 今までに医師の診断を受けた (その回数 _____ 回) ・ 2 受けていない(その理由: _____)
 3 最近診療を受けている(その内容: _____)

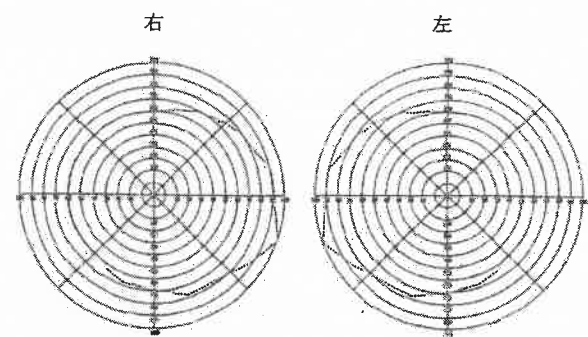
傷病名

現 症



視 野

1 両眼の視野がそれぞれ _____ 度以内のもの。
 2 両眼による視野の2分の1以上欠けているもの。



視障害の計測は点線で囲まれた正常視野の範囲内で行うものとする。

	右	左
外 眼		
中間透光体		
眼 底		

	裸 眼	矯 正	矯 正 眼 鏡		
右眼			球 D	軸 D	軸 °
左眼			球 D	軸 D	軸 °

結果・指示: 1 補装具: 製作・修理 (要・否) _____
 2 手帳相談: _____ 級相当
 3 その他() _____
 【補装具の種目、名称、及び処方(別添 有・無)等】
 ※使用効果見込み:

上記のとおり意見する
 _____年 _____月 _____日 医療機関名 _____
 診療科名及び住 _____ 医師名 _____