

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) R1 年度改正

相談日	令和 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			男女	生年月日	船・疔・嚙・靴 年 月 日生()歳			在宅: 独居・ 人暮らし 入院・入・通所()																																																									
住所	Tel							就労: 無・有()																																																									
手帳	障害名:																																																																
	程度: 種 級	番号: 第 号		交付	嚙・靴・飾 年 月 日		追加・変更・再交付	嚙・靴・飾 年 月 日																																																									
起因傷病名						原因: 疾病・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・令和 年 月 日発症				合重併複症障及害び等																																																												
詳細なる現症及び視覚障害の状況	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。																																																																
	<table><tr><td></td><td colspan="4">右</td><td colspan="4">左</td></tr><tr><td>外 眼</td><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>中間透光体</td><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>眼 底</td><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td></tr></table> <table><tr><td></td><td>裸 眼</td><td>矯 正</td><td colspan="3">矯 正 眼 鏡</td></tr><tr><td>右眼</td><td></td><td></td><td>球 D</td><td>朧 D</td><td>軸 °</td></tr><tr><td>左眼</td><td></td><td></td><td>球 D</td><td>朧 D</td><td>軸 °</td></tr></table> 右 左 視野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	朧 D	軸 °	左眼			球 D	朧 D
	右				左																																																												
外 眼																																																																	
中間透光体																																																																	
眼 底																																																																	
	裸 眼	矯 正	矯 正 眼 鏡																																																														
右眼			球 D	朧 D	軸 °																																																												
左眼			球 D	朧 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 令和 年 月 日 医療機関名 診療科名及びTel 医師名																																																																