

補装具費支給意見書(視覚障害用)

氏名		生年月日	年 月 日生 ( 歳)
住所	区郡 町 丁目 番 号 市 村 ( 方)		

1 身体障害者手帳 所持の身体障害者手帳の内容についてご記入をお願いいたします。

視力障害 級	手帳交付日	年 月 日
視野障害 級		

2 視覚障害の状況と所見 意見書作成時の状態についてご記入をお願いいたします。

(1)原因となった疾病・外傷名

[ ]

(2)視力 必ずご記入ください。

	裸 眼	矯 正		
右 眼		( x D )	cyl	D A )
左 眼		( x D )	cyl	D A )

(3)視野 視力障害が認められればご記入の必要はありません。身体障害者手帳の交付を受けていない難病患者等で、視力障害が認められない場合は、視野の記入と視野図の添付をお願いいたします。

ゴールドマン型視野計

1) 周辺視野の評価 (I/4)

①周辺視野角度の総和がそれぞれ80度以内

右 ( ) 度 左 ( ) 度

②両眼による視野が2分の1以上欠損 ( はい ・ いいえ )

2) 中心視野の評価 (I/2)

両眼中心視野角度 ( ) 度

または

自動視野計

1) 周辺視野の評価 (両眼開放エスターマンテスト)

両眼開放視認点数 ( ) 点

2) 中心視野の評価 (10-2プログラム)

両眼中心視野視認点数 ( ) 点

(4)現症

	右	左
前 眼 部		
中間透光体		
眼 底		

3 補装具

(1)義眼 レディメイドについては取扱う事業者が限られるため、事業者を確認した上で処方をお願いいたします。

オーダーメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕 レディメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕

(2)眼鏡(矯正用 遠用・近用) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

〔 使用目的及び具体的な効果 〕

遮光用機能が必要な場合 品名( )

カラータイプ( )

遮光率( %)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

〔 使用目的及び具体的な効果 〕

(3)眼鏡(遮光用) 視力障害はあるが屈折矯正を必要としない場合や、視野障害の場合が対象です。

掛けめがね式

品名( )

カラータイプ( )

遮光率( %)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

〔 使用目的及び具体的な効果 〕

前掛式

品名( )

カラータイプ( )

遮光率( %)

〔 使用目的及び具体的な効果 〕

(4)眼鏡(コンタクトレンズ) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	B. C.	P.	S.
右	mm	D	mm
左	mm	D	mm

〔 使用目的及び具体的な効果 〕

コンタクトレンズ装用時の視力 右[ ] 左[ ]

(5)眼鏡(弱視用) 視力障害または視野障害が対象です。

掛けめがね式 品名( )

主鏡( )

倍)

近用キャップ( )

倍・D)

焦点調整式 品名等( )

倍率又はジオプリー( )

倍・D)

〔 使用目的及び具体的な効果 〕

(6)備考 [ ]

以上の通り、補装具の必要性を認めます。

年 月 日

医療機関名

診療担当科

医師名

電話又はFAX

該当する項目へのご確認(□の✓)をお願いいたします

◎身体障害の場合

・身体障害者福祉法第15条第1項に基づく眼科指定医

・障害者総合支援法第59条第1項に基づく眼科更生医療を主として担当する医師

登録場所 東京都 他道府県[ ]

◎難病患者等の場合 現状で視覚障害に該当することが必要です

・保健所の医師

・難病法第6条第1項に規定する指定医

登録場所 東京都 他道府県[ ]

4 補装具(複数支給同時申請用)

(氏名 \_\_\_\_\_)

(1)義眼 レディメイドについては取扱う事業者が限られるため、事業者を確認した上で処方をお願いいたします。  
オーダーメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕 レディメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕

(2)眼鏡(矯正用 遠用・近用) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

〔 使用目的及び具体的な効果 〕

遮光用機能が必要な場合 品名( \_\_\_\_\_ ) カラータイプ( \_\_\_\_\_ ) 遮光率( \_\_\_\_\_ %)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

〔 使用目的及び具体的な効果 〕

(3)眼鏡(遮光用) 視力障害はあるが屈折矯正を必要としない場合や、視野障害の場合が対象です。

掛けめがね式 品名( \_\_\_\_\_ ) カラータイプ( \_\_\_\_\_ ) 遮光率( \_\_\_\_\_ %)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

〔 使用目的及び具体的な効果 〕

前掛式 品名( \_\_\_\_\_ ) カラータイプ( \_\_\_\_\_ ) 遮光率( \_\_\_\_\_ %)

〔 使用目的及び具体的な効果 〕

(4)眼鏡(コンタクトレンズ) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	B. C.	P.	S.
右	mm	D	mm
左	mm	D	mm

〔 使用目的及び具体的な効果 〕

コンタクトレンズ装用時の視力 右[ \_\_\_\_\_ ] 左[ \_\_\_\_\_ ]

(5)眼鏡(弱視用) 視力障害または視野障害が対象です。

掛けめがね式 品名( \_\_\_\_\_ )

主鏡( \_\_\_\_\_ 倍) 近用キャップ( \_\_\_\_\_ 倍・D)

焦点調整式 品名等( \_\_\_\_\_ ) 倍率又はジオプリー( \_\_\_\_\_ 倍・D)

〔 使用目的及び具体的な効果 〕

(6)備考 [ \_\_\_\_\_ ]

以上の通り、補装具の必要性を認めます。

年 月 日

医療機関名

診療担当科

医師名

電話又はFAX

## 補装具費支給意見書（視覚障害用）作成上の留意点

### 1 身体障害者手帳

- ・所持している身体障害者手帳の内容を確認し、等級、手帳交付日を記入してください。
- ・障害者総合支援法施行令で定める難病患者等の方は、身体障害者手帳を所持していない場合でも、現状で視覚障害に該当し、各補装具の支給要件を満たしていることが確認できれば、補装具費支給の対象となる可能性があります。

### 2 視覚障害の状況と所見

#### (1)原因となった疾患・外傷名

- ・意見書作成時の状態についてご記入をお願いいたします。

#### (2)視力

- ・裸眼視力と矯正視力、屈折矯正については、必ずご記入ください。

#### (3)視野

- ・視力障害が認められればご記入の必要はありません。身体障害者手帳の交付を受けていない難病患者等で、視力障害が認められない場合は、視野障害が認められることの確認が必要となるため、視野の記入と視野図の添付をお願いいたします。視野障害の手帳を所持している場合は、ご記入の必要はありません。

#### (4)現症

- ・前眼部、中間透光体、眼底の現状での所見を記入してください。

### 3 補装具

#### (1)義眼

- ・オーダーメイドとレディメイドの2種類があります。通常はオーダーメイドを指定してください。
- ・レディメイドについては、取扱う業者が限られます。

#### (2)眼鏡(矯正用)

- ・視力障害の身体障害者手帳を所持していること(難病患者等については、視力障害に該当すること)、矯正の効果があることが支給要件です。視野障害のみの場合は対象になりません。

#### (3)眼鏡(遮光用)

- ・視力障害はあるが屈折矯正を必要としない場合や、視野障害の場合が対象です。
- ・遮光用レンズは、羞明の軽減を目的として、可視光のうちの一部の透過を抑制するものであって、分光透過率曲線の公表されたものとされています。確認できるように、品名(メーカー名を含む)、カラータイプ、遮光率を指定してください。

#### (4)眼鏡(コンタクトレンズ)

- ・視力障害の身体障害者手帳を所持していること(難病患者等については、視力障害に該当すること)、矯正の効果があることが支給要件です。視野障害のみの場合は対象になりません。
- ・コンタクトレンズ装用時の視力についても記入してください。

#### (5)眼鏡(弱視用)

- ・視力障害または視野障害の身体障害者手帳を所持していること(難病患者等については、視力障害または視野障害に該当すること)、視対象の拡大を必要とすることが支給要件です。
- ・掛けめがね式、焦点調整式のいずれかを指定してください。
- ・掛けめがね式については、品名(メーカー名を含む)、主鏡の倍率、近用キャップの倍率又はレンズのジオプトリーを指定してください。

- ・焦点調整式については、品名等(単眼鏡か拡大鏡かの指定、メーカー名を含む)、倍率又はレンズのジオプトリーを指定してください。
- ・使用目的と具体的な効果をお書きください。

(6)備考

特記事項があれば、お書きください。

(7)その他

- ・作成年月日、医療機関名、診療担当科、医師名、電話又はFAXを記入してください。
- ・該当する資格と登録場所(都道府県等)を記入してください。
- ・意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく眼科指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する眼科医師が作成してください。難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医(難病指定医及び協力難病指定医)による作成も可能です。

#### 4 補装具(複数支給同時申請用)

補装具費の支給は、原則1種目につき1個です。眼鏡は1つの種目ですが、補装具費支給の要件を満たし、効果が認められる場合には、下記①～③の異なる機能の眼鏡ごとに1個の眼鏡を支給対象とすることも可能です。

- ①屈折矯正 …… 矯正用、コンタクトレンズ
- ②対象像の拡大 …… 弱視用
- ③まぶしさの軽減 …… 遮光用

同じ機能の眼鏡については1個の支給が原則ですが、職業上または教育上等で特に必要と認められる場合には、2個目の支給(複数支給)が可能です。支給の判断は、区市町村の補装具費支給担当部署が行います。

複数支給には、下記①～③の例があります。

①矯正用、コンタクトレンズでの例

- ・遠用と近用
- ・遠近両用

②遮光用、矯正用遮光用機能つきでの例

- ・遮光率や屈折矯正の異なるもの

※屋外用と室内用という指定だけでは複数支給の理由とは判断できません。職業上または教育上等の具体的な理由をお書きください。

③弱視用での例

- ・倍率の異なるもの
- ・焦点調整式単眼鏡(遠用)と拡大鏡(近用)

#### ※義眼又はコンタクトレンズの両眼装用について

義眼又はコンタクトレンズを両眼に装用する場合は、複数支給ではなく、「3 補装具」の欄を使用してください。義眼であれば装用眼に「両眼」の選択、またコンタクトレンズであれば左右の処方欄に処方をお書きください。

問合せ先：東京都心身障害者福祉センター

障害認定課 身体障害担当

TEL 03-3235-2965

FAX 03-3235-2959