意 見 書(視 覚)

年　　月　　日

医療機関名：

医 師 名：

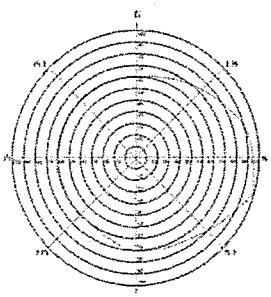
フリガナ 氏　名	男 女	生年 月日　　歳	職 業	
住　所				
原傷病名 ※障害者総合支援法の対象となる特殊疾患(難病等)に該当する（□する・□しない）				
現　症				
原　因	場所		年月日	

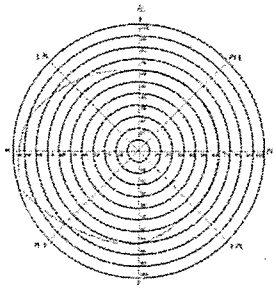
病　歴

家族歴

※難病患者については、身体症状等の変動状況や日内変動

	裸 眼	矯 正	矯正眼鏡
右 眼			
左 眼			





現　症

1. 外 眼

2. 中間透光体

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：