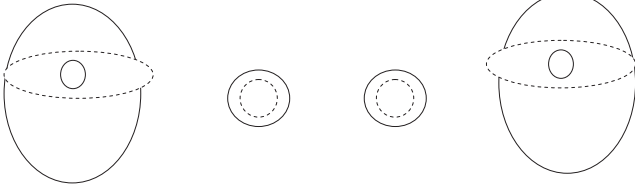
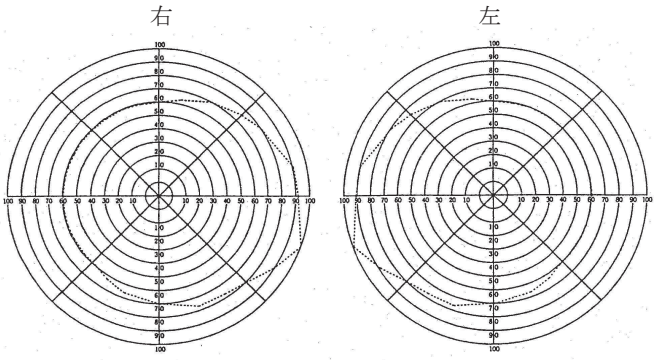


身体障害者医学的判定カード4 (視覚障害用:補装具費支給意見書)

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	平成 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	昭和・平成 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	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: 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 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 border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>右</th> <th>左</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>外 眼</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>中間透光体</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>眼 底</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						右	左	外 眼			中間透光体			眼 底							
		右	左																			
	外 眼																					
	中間透光体																					
眼 底																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>裸 眼</th> <th>矯 正</th> <th colspan="3">矯 正 眼 鏡</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>						裸 眼	矯 正	矯 正 眼 鏡			右眼			球 D	朧 D	軸 °	左眼			球 D	朧 D	軸 °
	裸 眼	矯 正	矯 正 眼 鏡																			
右眼			球 D	朧 D	軸 °																	
左眼			球 D	朧 D	軸 °																	
																						
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。																						
結果・指示	【補装具の種目、名称、及び処方(別添 有・無)等】																					
	1 補装具: 製作・修理 (要・否) 2 手帳相談: 級相当 3 その他() ※使用効果見込み:																					
上記のとおり意見する 平成 年 月 日 医療機関名 診療科名及びTel 医師名																						