

日常生活用具(暗所視支援眼鏡)に係る意見書

氏名		生年月日	年	月	日(歳)
住所	〒 —				
◆ 症状及び現在の視機能の状態 ◆	<該当するすべての項目に☑してください。> ☐ 白杖を使用しての単独歩行ができる(白杖を使用しての単独歩行ができない方は、申請できません) (症状) ☐ 夜盲症状がある ☐ 視野狭窄がある 上記の状態の原因となった病名(難病等) ※網膜色素変性症など () (障害手帳及び難病の有無) ☐ 身体障害者手帳(視覚障害)所持者 ☐ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める疾病(難病患者等)				
◆ 暗所視支援眼鏡の効果・有用性・安全性 ◆	<該当するすべての項目に☑してください。> ☐ 暗所視支援眼鏡の有用性・安全性が確認できた (想定する使用状況) ☐ 就学・通学 ☐ 就労・通勤 ☐ その他 () 使用頻度(月・週 回程度) (試用・訓練後の所見) ☐ 十分な試用・訓練を行った(実施時期 年 月 日) (実施場所) ☐ 白杖を併用して暗所視支援眼鏡を安全に使用できた ☐ 暗所視の明らかな改善を確認した ☐ 夜間等の外出が容易になると見込まれる ☐ その他 () ☐ 暗所視支援眼鏡の有用性・安全性は確認できない理由 ()				
上記のとおり診断します。 年 月 日 <医療機関名> (所在地) (電話番号) (医師氏名) (印)					