

様式第1号の4（第4条関係）

日常生活用具支給意見書（暗所視支援眼鏡用）

フリガナ	住所
対象者氏名  年 月 日生（ 歳）	
<p>1. 夜盲又は視野狭窄の原因となった病名（難病等） ※網膜色素変性症など</p> <p>該当する項目に<input checked="" type="checkbox"/>してください</p> <p><input type="checkbox"/>身体障害者手帳（視覚障害）所持者</p> <p><input type="checkbox"/>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（難病等）</p>	
<p>2. 現在の症状、日常生活の状況</p> <p>該当する項目すべてに<input checked="" type="checkbox"/>してください</p> <p><input type="checkbox"/>夜盲症状がある</p> <p><input type="checkbox"/>中心視野が保たれており、単独歩行が可能な状態である（ <input type="checkbox"/>日中、<input type="checkbox"/>夜間 ）</p> <p><input type="checkbox"/>白杖を用いて歩行している（ <input type="checkbox"/>日中、<input type="checkbox"/>夜間 ）</p> <p><input type="checkbox"/>通学や通勤等の際に付き添いが必要である</p> <p><input type="checkbox"/>移動時に付き添いが必要であるため、就学や就労等の機会が得られにくい</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p> <p style="text-align: center;">〔 〕</p>	
<p>3. 暗所視支援眼鏡を試用、白杖を用いた訓練の効果</p> <p>(1) 試用・訓練した医療機関等（ ）</p> <p>(2) 訓練の効果</p> <p>該当する項目すべてに<input checked="" type="checkbox"/>してください</p> <p><input type="checkbox"/>試用前後で、暗所視における明らかな視機能の改善を確認できた</p> <p><input type="checkbox"/>白杖を併用した歩行ができた</p> <p><input type="checkbox"/>単独での通学、通勤等が期待できる</p> <p><input type="checkbox"/>日常生活で使用することで、就学や就労等の社会参加の機会拡大が期待できる</p> <p><input type="checkbox"/>その他の有用性</p> <p style="text-align: center;">〔 〕</p>	
<p>4. 暗所視支援眼鏡の有用性</p> <p>該当するいずれかの項目に<input checked="" type="checkbox"/>してください</p> <p><input type="checkbox"/>行動範囲や社会参加機会等の拡大が期待できる</p> <p><input type="checkbox"/>有用性は期待できない</p>	
<p>上記のとおり意見する</p> <p>年 月 日 医療機関名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名</p>	