

補装具処方箋(眼鏡・義眼・つえ)

ふりがな 氏名				性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)										
住所						職業											
障害名	(身障手帳の「障害名」を記載して下さい)					等級	種 級										
現 症						補装具の必要性 補装具使用効果見込み											
処 方		SPH (球面)	CYL (円柱)	AXIS (円柱軸)	PRISM (プリズム)	BASE (基底)	PD (瞳孔距離)	備 考									
	遠用	右															
		左															
	近用	右															
		左															
<p>※以下該当する項目にチェックをお願いします。</p> <p>①眼鏡</p> <p><input type="checkbox"/> 矯正眼鏡 [<input type="checkbox"/>6D未満 <input type="checkbox"/>6D以上10D未満 <input type="checkbox"/>10D以上20D未満 <input type="checkbox"/>20D以上] [<input type="checkbox"/>乱視] [<input type="checkbox"/>プラスチック <input type="checkbox"/>ガラス]</p> <p><input type="checkbox"/> 遮光眼鏡 [<input type="checkbox"/>前掛式 <input type="checkbox"/>6D未満 <input type="checkbox"/>6D以上10D未満 <input type="checkbox"/>10D以上20D未満 <input type="checkbox"/>20D以上] [<input type="checkbox"/>乱視] [<input type="checkbox"/>プラスチック <input type="checkbox"/>ガラス]</p> <p><input type="checkbox"/> 弱視眼鏡 [<input type="checkbox"/>掛けめがね式 <input type="checkbox"/>掛けめがね式(高倍率) <input type="checkbox"/>焦点調節式]</p> <p>②コンタクトレンズ</p> <p><input type="checkbox"/> ハード <input type="checkbox"/> ソフト</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">右</td> <td style="width:25%;">BC</td> <td style="width:25%;">/P</td> <td style="width:35%;">/S</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>BC</td> <td>/P</td> <td>/S</td> </tr> </table> <p>③義眼</p> <p><input type="checkbox"/> 普通義眼 [<input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左] [<input type="checkbox"/>プラスチック <input type="checkbox"/>ガラス]</p> <p><input type="checkbox"/> 特殊義眼 [<input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左] [<input type="checkbox"/>プラスチック <input type="checkbox"/>ガラス]</p> <p><input type="checkbox"/> コンタクト義眼 [<input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左]</p> <p>④盲人安全つえ [<input type="checkbox"/>普通用 <input type="checkbox"/>携帯用]</p> <p><input type="checkbox"/> グラスファイバー <input type="checkbox"/> 木材 <input type="checkbox"/> 軽金属</p> <p>[<input type="checkbox"/>夜光材付 <input type="checkbox"/>全面夜光材付 <input type="checkbox"/>フラッシュライト付 <input type="checkbox"/>ベル付 <input type="checkbox"/>ホリカーホネット樹脂被覆付 <input type="checkbox"/>ゴムクリップ付]</p>										右	BC	/P	/S	左	BC	/P	/S
右	BC	/P	/S														
左	BC	/P	/S														
上記のとおり処方する					処方医師 医療機関名 医師名												
適合判定所見																	
上記処方のとおり適合していることを証明する					適合医師 医療機関名 医師名												
<p>該当する項目にチェックをお願いします</p> <p><input type="checkbox"/> 身障法第15条指定医</p> <p><input type="checkbox"/> 国立身体障害者リハビリテーションセンター主催 補装具適合判定医師研修会修了者</p> <p><input type="checkbox"/> 児童の場合(指定自立支援医療機関 ・ []保健所)</p>																	