

自立支援医療（更生医療）

医 学 的 意 見（ 判 定 ） 書

視 覚

※補装具の意見書は〔A面〕にあります。

氏 名

明・大・昭・平

年

月

日生

歳

医 学 的 所 見

原傷病名：

◎障害の状況

(1) 視 力

	裸 眼	矯 正
右	(× S D C C D Ax °)	
左	(× S D C C D Ax °)	

(3) 現 症

	右	左
前 眼 部		
中 間 透 光 体		
眼 底		

(2) 視 野

①周辺視野の評価

I / 4 右 度・左 度

または

両眼開放視認点数 点

②中心視野の評価

両眼中心視野角度 度

または

両眼中心視野視認点数 点

③両眼による視野が2分の1以上欠損

有・無

◎医療の具体的方針及び機能回復の見込み：

医療開始予定日	年 月 日	要治療日数	要入院 日間	要通院 日間	合計 日間
① 初診・再診	点	⑤ 検 査	点	健保点数合計	点
② 投 薬	点	⑥ レントゲン	点		
③ 注 射	点	⑦ 入 院	点	合計点数×10	円
④ 手術・処置・麻酔	点	⑧ そ の 他	点		

令和 年 月 日

診察結果による医学的所見は上記のとおりです。 医療機関名：

電 話：() —

医 師 名：

※以下は、障害者更生相談所の記入欄です。

《医学判定》

令和 年 月 日

自立支援医療（更生医療）が必要であると〔認めます・認めません〕。

神戸市障害者更生相談所 医 師 名

印

神戸市障害者更生相談所