

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〇C	D Ax °)
左	( ×S	D〇C	D Ax °)

(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

(3) 現 症

	右	左
前 眼 部		
中 間 透 光 体		
眼 底		

◎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

㊞