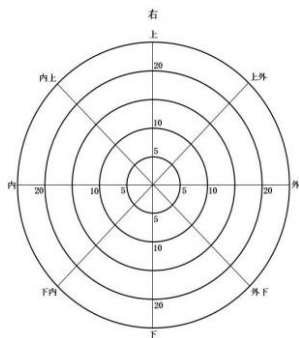
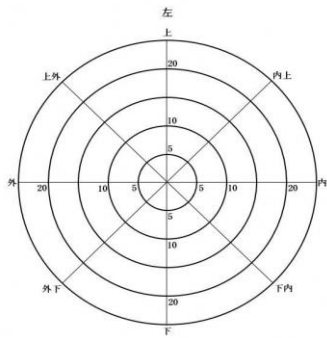


医療・様式1

自立支援医療(更生医療)判定票(視覚障害者用)

患者氏名	男 女	住所	岡山県	
	年 月 日			
主 訴				
原傷病名			機能障害名	
治療経過の概要				
視 力	区分	裸眼	矯正	矯正 眼鏡
	右眼			(× D C y l D A x)
	左眼			(× D C y l D A x)
現 症	区分	右 眼		左 眼
	外 眼			
	中 間 透 光 体			
	眼 底			
中 心 視 野				
	両眼の損失率 %			
治療方針				改善見込
入院日	年 月 日 予定			
手術日	年 月 日 予定			
上記のとおり診断します。 年 月 日				
所在地		主として担当する医師名		
指定自立支援医療機関名		科		