様式例　　別紙2

# 同行援護対象者（夜盲等）に係る意見書（案）

| 氏名 | 年　月　日生（　歳） |
|---|---|
| 障害名及び原因となった疾病・外傷名 | |
| 身体障害者手帳の有無　有　無<br>障害程度等級　視力：　級<br>視野：　級 | |
| 障害の状況（夜盲等の有無について、どちらかに○をつけてください。）<br>※ 「夜盲等」の「等」は、網膜色素変性症、錐体ジストロフィー、白子症等による「過度の羞明」等が想定される。<br>・ 移動に困難をきたす程度の夜盲等が認められる<br>夜盲等の原因となる疾病等<br>（　　）<br>・ 移動に困難をきたす程度の夜盲等が認められない | |
| 備考 | |
| 上記の通り意見する<br>年　月　日<br>病院又は診療所<br>の名称、所在地<br>診療担当科名<br>作成医師氏名　印 | |