

“岐阜うかいネット” 医師用申請用紙

視覚障害者生活情報センターぎふ、FAX to 058-266-6369

| 医療機関名  | 担当者名 | 記入者        |
|--------|------|------------|
|        |      | 医師・ORT・その他 |
| 住所     |      |            |
| 電話/FAX |      | /          |
| e-mail |      |            |

患者様情報

|              |                      |
|--------------|----------------------|
| (フリガナ)<br>氏名 | 生年月日 年 月 日<br>性別 M・F |
| 年齢           | 歳 身長:                |
| 連絡先          | 住所:<br>電話: 携帯:       |
| 付き添い         | 氏名: 続柄:              |
| 連絡先          | 電話: 携帯:              |
| 行きつけ<br>眼鏡店  |                      |

事務局記載

| 番号   | 地区 | 医療機関 | 眼鏡店 |
|------|----|------|-----|
| #220 |    |      |     |

申請後、電話にて臨床所見およびニーズを主治医と患者様に確認  
致します。

“岐阜うかいネット”

年 月 日記載

|   |  |
|---|--|
| 診断  |  |
| 既往歴<br>(難病)   | (ハートネット・色変・黄斑変性・視神経症)  |
| 現病歴   |  |
| 遠見視力  | 右 ( )<br>左 ( )   |
| 近見視力  | 右 ( )<br>左 ( )   |
| 視野  | 右: 軽・中・高 左: 軽・中・高<br>検査結果 (30-2、10-2、GP) を添付   |
| 身障者手帳   | 無 (適応 : 有 ・ 無 ) ・ 所有<br>手帳No.<br>視力 級、視野 級、総合 級  |
| ケアの要望   | <input type="checkbox"/> 読み書き・ <input type="checkbox"/> 歩行・ <input type="checkbox"/> 生活訓練・ <input type="checkbox"/> 就労 |
| ロービジョン検査判断料の算定 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |  |