

“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) 氏名	生年月日 年 月 日 性別 M・F
年齢	歳 身長:
連絡先	住所: 電話: 携帯:
付き添い	氏名: 続柄:
連絡先	電話: 携帯:
行きつけ 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 (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 () 左 ()
近見視力	右 () 左 ()
視野	右: 軽・中・高 左: 軽・中・高 検査結果 (30-2、10-2、GP) を添付
身障者手帳	無 (適応 : 有 ・ 無) ・ 所有 手帳No. 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	