

# “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 | 役職         |
|--------|------|------------|
|        |      | 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<br>性別 | 年 月 日<br>M ・ F |
| 年齢           | 歳          | 身長：            |
| 連絡先          | 住所：        |                |
|              | 電話：        | 携帯：            |
| 付き添い         | 氏名：        | 続柄：            |
| 行きつけ<br>眼鏡店  |            |                |

## 事務局記載

| 番号   | 地区 | 医療機関 | 眼鏡店 |
|------|----|------|-----|
| #170 |    |      |     |

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

|             |  |
|-------------|--|
| 診断          |  |
| 既往歴<br>(難病) | (バチット・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>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 |

わかる範囲でご記入ください