

“岐阜うかいネット” 申請用紙

視覚障害者生活情報センターぎふ、FAX to 058-266-6369

年 月 日記載

メール glvcn@gifu-associa.com TEL 058-263-1310

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

メール、ファックスなどで医療担当者と日程などの調整を行います。

患者様情報

(フリガナ) 氏名	生年月日(昭和・平成・令和・西暦)	年 月 日	性別 M・F
年齢	歳 身長:		
連絡先	住所:		
	電話:	携帯:	
メール			
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
#240			

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 希望日時(何日か候補をお願いします)
	ロービジョン連携手帳の配布 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	ロービジョン検査判断料の算定 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可