

“岐阜うかいネット”患者様用申請用紙

視覚障害者生活情報センターぎふ FAX to 058-266-6369

患者様情報

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

通院中の医院(主治医)

医療機関名 (担当医)	
住所	

事務局記載

番号	地区	医療機関	眼鏡店
#210			

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
身障者手帳	無(適応:有・無)・所有 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