

ロービジョン支援依頼書

記入日 年 月 日

京都ライトハウス ロービジョン相談係 宛

医療機関名

所在地

電話

記入者氏名

職種 眼科医/視能訓練士/看護師/他 ()

ふりがな 患者氏名	ID番号	
	生年月日	大・昭・平 年 月 日(歳)
住 所		
電話番号	(自宅) — — (携帯) — —	
紹介目的	【ロービジョン相談(機器のご紹介)】 <input type="checkbox"/> 拡大鏡 (ルーペ) <input type="checkbox"/> 遮光眼鏡 (室外用・室内用) <input type="checkbox"/> 拡大読書器 (据え置き・手持ち) <input type="checkbox"/> iPad () <input type="checkbox"/> その他 ()	【その他相談】 <input type="checkbox"/> 白杖 <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー・ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 不便さの解消のための訓練 (歩行・読み書き・パソコン・家事) <input type="checkbox"/> 趣味・楽しみ <input type="checkbox"/> 就労・就学 <input type="checkbox"/> その他 ()
	希望する支援 (具体的に)	
傷病名		
視機能 ※電子カルテ・ 処方箋コピー可	視力 RV= (× S D=C- DAx °) LV= (× S D=C- DAx °) NRV= (× S D=C- DAx °) NLV= (× S D=C- DAx °)	
	※矯正不能の場合でも、可能であれば参考までに屈折値の記載をお願いします。 視野 視野検査の実施の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※可能な限り動的視野計、難しければ自動視野計の結果の添付をお願いいたします。	
視覚障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有__級 (視力__級/視野__級) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中__級 (視力__級/視野__級)	
同意確認	<input type="checkbox"/> 支援を目的とした個人情報の共有について、ご本人の同意を得ています。	

※京都ライトハウスのロービジョン相談では、現在、眼鏡相談・処方などの屈折矯正は行っておりません。

ロービジョンの相談 (機器の相談) は眼鏡を持参されるようご指導ください。

※来館の場合は、事前に電話予約 (075 - 462 - 0808) をしていただくと時間を取って対応が出来ます。