支援依頼書

記入日　　年　　月　　日

〒603-8302　京都市北区紫野花ノ坊町 11　京都ライトハウス内

京都ロービジョンネットワーク相談係　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（　　）

患者氏名（ふりがな）	（男・女）	ＩＤ番号	
		生年月日	大・昭・平・令・西暦　　年　　月　　日（　歳）
住　所			
電話番号	(自宅)　　－　　－　　(携帯)　　－　　－		
紹介目的	□文字の読み書きがしにくい【拡大鏡・拡大読書器（据え置き型・携帯型）】 □パソコンやタブレットを楽につかいたい【PC・スマホ・iPad】 □まぶしい・白っぽく見える【遮光眼鏡（屋外・屋内）】 □段差、人混み、暗いところなどが不安【白杖（紹介・体験）・ガイドヘルパー】 □各種制度を知りたい【障害者手帳・障害年金・介護保険】 □日常生活に不安がある【買い物・家事・老後】 □楽しみ、希望が欲しい【経験者の話・余暇活動】 □その他【　　】		
	追記・コメント		
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　□有→結果を添付下さい　□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	□有___級（視力___級/視野___級）□無 □申請中___級（視力___級/視野___級）		
同意確認	□　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。		

※京都ロービジョンネットワーク相談係では、現在、眼鏡相談・処方などの屈折矯正は行っておりません。
補助具等の紹介・相談をご希望の場合は眼鏡を持参されるよう患者さまにお伝えください。
支援依頼書を事前に郵送いただけますと、相談がスムーズです。お急ぎの場合はまずお電話ください。
患者様がご来館の場合は事前に電話(075-462-0808)をいただけると時間を取って対応が出来ます。

2020.2.8 版