

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 ()

ふりがな 患者氏名	(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	<input type="checkbox"/> 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）】 <input type="checkbox"/> パソコンやタブレットを楽につかいたい【PC・スマホ・iPad】 <input type="checkbox"/> まぶしい・白っぽく見える【遮光眼鏡（屋外・屋内）】 <input type="checkbox"/> 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】 <input type="checkbox"/> 各種制度を知りたい【障害者手帳・障害年金・介護保険】 <input type="checkbox"/> 日常生活に不安がある【買い物・家事・老後】 <input type="checkbox"/> 楽しみ、希望が欲しい【経験者の話・余暇活動】 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有→結果を添付下さい <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。