

ロービジョンケア外来紹介状例(支援施設・支援団体への転用可)

屈折・視野検査・なるべく下記の内容を記載してください。

治療は紹介元で継続し、ロービジョンケアの依頼です。

ロービジョンケア依頼書 平成 年 月 日						
依頼先				紹介元		
フリガナ	ID		生年月日	年 月 日		
患者氏名	電話番号		年齢	性別		
住所				職業		
病名						
障害者手帳	有 ・ 無	視力 視野	級(級該当) 級(級該当)	年 月 日 取得 申請中		
障害年金	有 ・ 無	級(級該当)		年 月 日 取得 申請中		
遠見視力	右 ( × D= DA ° )					
	左 ( × D= DA ° )					
近見視力	右 ( × D= DA ° )					
	左 ( × D= DA ° )					
所持眼鏡(遠用・近用・その他) 屈折度数等も記載 お願いします。						
視野	添付お願いします。		読書評価(MNREAD-J)	あれば添付お願いします。		
その他	羞明 ( 有 ・ 無 ) 夜盲 ( 有 ・ 無 )					
全身疾患 (糖尿病:インスリン・コントロール状態・透析等) (高次脳機能障害) (その他)						
紹介元の治療内容及び 通院期間・間隔予定						
生活動作の注意点						
紹介先への要望						

回答書をお願いします。