

診療情報提供書

年 月 日

〒359-8555 埼玉県所沢市並木4-1

紹介元医療機関

国立障害者リハビリテーションセンター病院

眼科ロービジョンクリニック 行

電話：04-2995-3100 (代表)

医師氏名

フリガナ		年 月 日生
患者氏名		歳 男・女
住所	〒	

傷病名			
主訴	<input type="checkbox"/> 近方視 (本 新聞 教科書 パソコン テレビ) <input type="checkbox"/> 遠方視 (黒板 信号 看板・掲示) <input type="checkbox"/> 情報 (音声図書 点字図書 ICT機器) <input type="checkbox"/> 移動 (歩行 交通機関) <input type="checkbox"/> 生活 (食事 家事 清潔) <input type="checkbox"/> その他 ()		
経過	紹介元医療機関初診日 年 月 日		
視力	Vd= (xS DC D Ax °) Vs= (xS DC D Ax °)	障害者手帳 あり なし 視力障害 級 視野障害 級	
視野	<input type="checkbox"/> 求心性狭窄 <input type="checkbox"/> 中心暗点 <input type="checkbox"/> 半盲 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> その他 ※過去のものでも良いので、視野検査結果を添付してください		聴覚 言語 肢体 内部 精神 療育 障害年金 あり なし