

富山大学医学部 眼科学講座 御中 (富山市杉谷2630番地) FAX 076-434-5037	医療機関名・部署
	担当者名
	TEL () - (内線) FAX () - Email :
	住所

◆患者さんの情報 ※個人情報のため、FAXを送信する際には特にご注意ください!

【ふりがな】 氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	年齢 歳	手帳の有無 <input type="checkbox"/> 有 (等級: 級) <input type="checkbox"/> なし
住所	連絡のとれるTEL () -		

◆患者さんへの情報提供の同意

スマートサイトのコーディネート窓口に連絡することを患者さんに説明し、コーディネーターから連絡させていただくことに了承していただけましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
---	-----------------------------	------------------------------

◆対応項目：

◆通信欄：

<input type="checkbox"/> ロービジョン補助具について <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の申請について <input type="checkbox"/> 障害年金の手続きについて <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスについて <input type="checkbox"/> 介護保険サービスについて <input type="checkbox"/> 進学や学習・学校生活について <input type="checkbox"/> 就労（勤務の継続や就職など）について <input type="checkbox"/> 歩行・日常生活訓練について <input type="checkbox"/> (家族への) 介助方法の助言 <input type="checkbox"/> 総合的な生活相談 <input type="checkbox"/> その他 ()	疾患名 () ※視力・視野などご記入いただけますと幸いです。
---	--