

補助具・訓練希望者情報

眼科	先生御侍史より	記入	年	月	日
山梨ライトハウスあて		yamara@msj.biglobe.ne.jp	FAX 055-235-0124		

対応必要性→ 緊急() 2週間以内 できるだけ早く

フリガナ	・障害福祉サービス受給者証→無・有 ()				
氏名：	様	・視覚障害	級	・年金→無・有 ()	
住所：	〒				
電話番号：					
生年月日：	年	月	日	歳	性別： 職業：

対象者以外のキーパーソン：氏名 () 本人との関係 ()

連絡先

視力： 右	左
視野：	
診断と予後：	
関連するその他疾患：	
ニーズ：	
<input type="checkbox"/> 歩行が困難なので、白杖歩行を希望している。	
<input type="checkbox"/> () が読みにくいので、拡大読書器などを希望している。	
<input type="checkbox"/> 時計が見えないので、音声時計などを希望している。	
<input type="checkbox"/> 読書希望があり、図書館利用を希望している。	
<input type="checkbox"/> () のため、点字を習いたい。	
<input type="checkbox"/> その他 ()	