

# 横浜労災病院 動的視野検査 申込書・紹介状

申込日 年 月 日

横浜労災病院地域医療連携室 へて (FAX 045-474-8344)

下記の空欄部分に必要な事項を記入のうえ、横浜労災病院地域医療連携室 (FAX 045-474-8344) へて FAXで送付してください。

検査日時 月 日 ( ) 15:30

検査実施日【月~木】 15:30

検査 動的視野検査

紹介元

医療機関名称

医師名

〒( - )

電話番号 - -

住所

FAX番号 - -

患者氏名		男・女	大正(T) 昭和(S) 平成(H)	年	月	日
住所	〒( - )					
	電話番号 - -					

横浜労災病院受診歴( 有 ・ 無 ・ 不明 )

患者ID

- -

臨床診断名:

直近の視力検査 ( 年 月 日 )

右視力: ( × S D = cyl D Ax ° )

左視力: ( × S D = cyl D Ax ° )

検査目的 具体的に記載してください

車いすの使用 なし あり(移動可) あり(移動不可)

閉所恐怖症 ない あり

その他 ( )

(注) 当院初診の方で、過去の視野検査結果(静的視野検査を含む)がありましたら、参考のため一緒にFAXをお願いいたします

(注) 視野検査の結果は、検査日より1週間以内に郵送いたします