

# 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 あて (FAX 045-474-8344)

下記の空欄部分に必要な事項を記入のうえ、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

## 【紹介医療機関】

名称		医師名	
所在地	〒( - )	電話番号	- -
		FAX番号	- -

## 【患者情報】

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	大正(T) 昭和(S) 平成(H) 令和(R) 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