**羽二重ねっとFAX連絡票　0776-54-5289宛**

**※FAX送付の際は、番号の確認をお願いします。　　　　　　送信日：　　　年　　　月　　　日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者様の情報 | |  |
| ふりがな |  | **TEL** |
| お名前 |  | **（　　　　）　　　－** |
| **FAX** |
| **（　　　　）　　　－** |
| 性別 | **男性　・　女性** | **連絡のとれるTEL** |
| 年齢 | **歳** | **（　　　　）　　　－** |

**患者さんへの情報提供の同意**

**羽二重ねっと相談窓口に連絡することを患者さんに説明していただきましたか。**

**□ はい　　・　　□ いいえ**

**羽二重ねっと窓口担当者から連絡させていただくことに了承いただけましたか。**

**□ はい　　・　　□ いいえ**

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼項目 | 医療機関名 |
| □ ロービジョン補助具について |  |
| □ 身体障害者手帳の申請について |
| □ 障害年金の手続きについて | 担当医師名 |
| □ 介護保険サービスについて |  |
| □ 進学や学習・学校生活について | TEL |
| □ 就職や勤務の継続について |  |
| □ 歩行・日常生活訓練について | FAX |
| □ （家族への）介助方法の助言 |  |
| □ 総合的な生活相談 | 住所 |
| □ その他 |  |

| 通信欄 |
| --- |
|  |

** 相談窓口への連絡票の活用について**

**羽二重ねっと（福井県視覚障がい者支援ネットワーク)）では、見えない見えにくいでお悩みやお困りの方への情報提供や、利用可能な支援とサービスを紹介しております。つきましては、貴院に来院された患者様のうち、見えない見えにくいでお悩みやお困りの方を御紹介ください。その際、裏面の連絡票を御活用ください。**

**当ねっとにおける相談･紹介の流れを以下に示します。**

* **福井県眼科医会**
* **福井県視能訓練士会**
* **社会福祉法人 光道園**
* **社会福祉法人 福井県視覚障害者福祉協会**
* **一般財団法人 村井勇松基金**
* **福井県盲教育振興会**
* **福井県立盲学校**

患者様

眼科医・視能訓練士

羽二重ねっと相談窓口

羽二重ねっと構成団体

①受診

②依頼

③調整

④連絡

1. **患者様が貴院を受診されます。**
2. **貴院から羽二重ねっとを御紹介いただき、羽二重ねっと窓口へ御依頼ください。**
3. **羽二重ねっと事務局では、依頼内容に合わせて構成団体と調整します。**
4. **羽二重ねっと窓口または構成団体の担当者から、患者様へ御連絡します。**

羽二重ねっと事務局（福井県立盲学校内）

　〒910-0825　福井市原目町39字8番地番地

　電話番号（0776）54-5280　FAX番号（0776）54-5289

　ホームページ　http://www.habutae-net.jp/

**羽二重ねっと相談窓口**