|  |
| --- |
| 　　 返　 信　FAX：**０３－６２６７－４５５５**E-mail： **maf-jslrr@mynavi.jp** |

**日本ロービジョン学会事務局　宛　　　　　　　　　　年　　月　　日**

日本ロービジョン学会ホームページに下記の情報を公開することに同意します。

回答者氏名（　　　　　　　　　　　　　　）

１．医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

住所（〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

電話（　　　　　　　　　　　　　　）　FAX（　　　　　　　　　　　　　　）

医療機関のホームページURL（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

２．日本ロービジョン学会会員の職種区分に○をつけてください。

（　）眼科医　（　）他科の医師　（　）視能訓練士　（　）看護師

　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３．ロービジョンケアとして行われている内容に○をつけてください。

なお、１つも○のない場合は医療機関名も公開されませんのでご注意ください。

（　　）拡大鏡（ルーペ）の選択・訓練　（　　）弱視眼鏡の選択・訓練

（　　）遮光眼鏡の選択・訓練　　　　　（　　）拡大読書器の選択・訓練

（　　）パソコン訓練 （　　）点字訓練

（　　）日常生活訓練 （　　）歩行訓練

（　　）遺伝相談 （　　）療育相談

（　　）就学相談 （　　）就労相談

（　　）情報提供 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

４．受診方法（予約）有　　無　　特記事項：

５．ロービジョンケア実施日（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

６．これまで連携されたところは？（以下の質問６，７，８の回答は公開されません）

（　　）他の医療機関　　　　　　　　　（　　）視覚特別支援学校等の教育機関

（　　）視力障害センター等の更正施設　（　　）行政機関

（　　）就労支援機関　　　　　　　　　（　　）患者団体

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

７．「ロービジョン検査判断料」の施設として届出されていますか？（　はい　いいえ　）

８．その他、ご意見などあればご自由にお書きください。別紙でも構いません。

ご協力ありがとうござました。