特定健診・眼底検査依頼書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　依頼日　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　依頼医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号　04(　　　)

受診者　氏名　　　　　　　　　　　　　　男・女　　　年齢　　　歳

生年月日　　大正・昭和・平成　　　年　　　月　　　日

受診券整理番号　国保・３０歳代健診・社保

(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

　特定健診にて下記項目に該当いたしましたので、眼底検査を貴院にてお願い致します。異常の有無を最初に確認する為の検査になりますので、無散瞳の眼底検査だけをお願いします。所見を認められた場合は、該当する下記分類のいずれかに記載をお願いいたします。

記載後、できれば当日中にFAXにて、結果のご連絡をよろしくお願いします。

1. 高血圧　(　　　　)　　　　2．　糖尿病　(　　　　)

眼底検査報告

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実施日　　令和　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　眼底検査実施医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医

眼底検査結果

1. 高血圧・動脈硬化網膜症の所見　　　　あり　・　なし
   1. キースワグナー分類　0(　)　Ⅰ(　)　Ⅱa(　)　Ⅱb(　)　Ⅲ(　)　Ⅳ(　)
   2. シェイエ分類　H　　0(　)　1(　)　2(　)　3(　)　4(　)

　　　　　　　S　　0(　)　1(　)　2(　)　3(　)　4(　)

* 1. Ｗong-Ｍitchell分類

　　　　　　　　　所見なし(　)　軽度(　)　中等度(　)　重度(　)

1. 糖尿病網膜症の所見　　　　　　　　　あり　・　なし
   1. SCOTT分類

Ⅰa(　)　Ⅰb(　)　Ⅱ(　)　Ⅲa(　)　Ⅲb(　)　Ⅳ(　)　Ⅴa(　)　Ⅴb(　)　Ⅵ(　)

* 1. 改変Davis分類

網膜症なし(　　)　単純網膜症(　　)　増殖前網膜症(　　)　増殖網膜症(　　)

1. その他の所見がありましたら20字以内でご記入下さい

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |