

年 月 日

令和2年度 特定健康診査 眼底検査依頼書

(特定健診実施医療機関では上部をご記載ください。)

眼底検査医療機関 様

特定健診実施
医 療 機 関

医 師 名

下記の方については特定健診の結果、眼底検査が必要と思われますので検査のほどよろしく願いいたします。
なお、お手数ながらご高診の結果は、下欄にご記入くださいますようお願い申し上げます。

フリカナ		特定健診の受診日 令和 年 月 日 血圧 収縮期 _____ mmHg 拡張期 _____ mmHg 血糖 ヘモグロビン A1c _____ %
氏 名	(男 ・ 女)	
生年月日	☐ 昭和 年 月 日 (歳) ☐ 西暦	
住 所	砺波市	
電話番号		
実施理由	眼底検査実施理由に ☒ をつけてください。 ☐ 当該年度の血圧又はヘモグロビン A1c が該当 ☐ その他	

~~~~~

## 眼 底 検 査 結 果

上記受診者に対し眼底検査を実施いたしましたのでご報告申し上げます。

|                            |                       |                                                                                                                                |
|----------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 眼<br>底<br>検<br>査<br>結<br>果 | 網膜血管硬化症及び<br>高血圧眼底の有無 | 右眼： K・W分類 (0. I. II. III. IV)<br>S c h e i e 分類 H_____ S_____<br>左眼： K・W分類 (0. I. II. III. IV)<br>S c h e i e 分類 H_____ S_____ |
|                            | 網膜の異常の有無              | 右眼： 1. 異常なし 2. 異常あり (疑) _____<br>左眼： 1. 異常なし 2. 異常あり (疑) _____                                                                 |
|                            | 視神経、視神経乳頭<br>の異常の有無   | 右眼： 1. 異常なし 2. 異常あり (疑) _____<br>左眼： 1. 異常なし 2. 異常あり (疑) _____                                                                 |
|                            | その他の異常                | _____                                                                                                                          |
|                            | 総合判定                  | 右眼 1.異常なし 2.経過観察 3.要再検査 4.判定不能<br>左眼 1.異常なし 2.経過観察 3.要再検査 4.判定不能                                                               |
| 受 診 日                      |                       | 令和 年 月 日                                                                                                                       |
| 実施医療機関名<br>医 師 名           |                       |                                                                                                                                |

(眼底検査実施医療機関は記載終了後、コピーを保存のうえ集配に返却してください。)