年　　　月　　　日

**眼底検査依頼状(特定健診者・後期高齢者)**

　　　　　　　　眼科　　　　　　　　　　　先生　侍史

いつも大変お世話になっております。　　　　　　　　　（患者名）

松原市の健診にて、眼底検査に該当する下記数値を示された　　　　　　　　　　　　　　様です。

貴院受診を希望されましたので、御高診の程よろしくお願いします。

又、ご多忙の中お手数おかけいたしますが、報告票に検査結果をご記入の上、ご本人にお渡し下さいますよう、よろしくお願いします。

【当院検査値】

* 血圧　　　　　　 ／　　 　 ㎜Hg 　(140/90㎜Hg以上)
* HbA1c (NGSP値)　　　　 　 　%　　 　(6.5%以上)
* 空腹時又は随時血糖　　　 　　 　㎎/dl　 (126㎎/dl以上)

　　　　　　　依頼元医療機関名

　年　　　月　　　日

**眼底検査結果報告票**

　　　　　　　　　　　　行

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

医師名

先般、依頼のありました下記の方の検査結果は、次のとおりです。

　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

キースワグナー分類 ( ① 0　② Ⅰ　③ Ⅱa　④ Ⅱb ⑤ Ⅲ　⑥ Ⅳ )

シェイエ分類：H( ① 0　② 1　③ 2　④ 3　⑤ 4 )

シェイエ分類：S ( ① 0　② 1　③ 2　④ 3　⑤ 4 )

Scott分類 1 : Ⅰa 2 : Ⅰb 3 : Ⅱ 4 : Ⅲa 5 : Ⅲb 6 : Ⅳ 7 : Ⅴa 8 :Ⅴb 9 : Ⅵ 0 : 異常なし

その他の所見(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

　　　　　所見：