

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申し上げます。

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、よろしくお願いいたします。

【当院検査値】

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

所見：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()