

特定健康診査眼底検査

(滋賀県医師会・滋賀県眼科医会との集合契約)

= 依頼書 =

下記の者について、特定健康診査のうち眼底検査を依頼します。

特定健診受診券 整理番号 又はカルテNO.		特定健診 『基本項目』 実施日	平成	年	月	日		
カナ氏名		生年月日	昭和	年	月	日	性別	男・女
住所 (市町まで記入)	市町	電話番号		—	—			
委託元 医療機関名 医師氏名 (ゴム印で可)							TEL	— —
							FAX	— —

= 結果報告書 =

下記のとおり、眼底検査の実施結果を報告します。

記入例

眼底検査 実施日	平成	年	月	日				
電子 データ化 項目	シャイエ分類H (SH)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 判定不能	
	シャイエ分類S (SS)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 判定不能	
	糖尿病性変化*	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 判定不能	*電子化入力項目「その他の所見」			
自由記載欄※ (その他の病変など)								
医師の意見	判定結果	<input type="checkbox"/> 異常所見なし	<input type="checkbox"/> 異常所見あり					
受託(眼科) 医療機関名 医師氏名 (ゴム印で可)							TEL	— —

※自由記載欄については、電子データ化はされませんが、委託元医療機関との連携にご使用下さい

お願い: 眼科医師は結果記入後、速やかに当該用紙を委託元医療機関(特定健診実施機関)に FAXまたは郵送して下さい(郵送の場合はコピーを送付し、原本は手元に保管して下さい)。

◇ FAXにて結果報告を行う場合、万一に誤送信に備えて、受診者の氏名・電話番号を塗りつぶしてもよいものとします。