

眼底検査用受診券

受診日	年 月 日	性別
カナ氏名		男・女
生年月日	T・S・H・R 年 月 日生	歳

特定健診実施医療機関名
FAX

眼底検査を受診される方へ
 (こちらの受診券を持って眼底の実施できる医療機関を受診してください。)

以下、医療機関記入欄

眼底検査	今回実施する理由 血圧(詳細) <input type="checkbox"/> 血糖(詳細) <input type="checkbox"/> 追加項目のため <input type="checkbox"/>
	キースワグナー分類 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>
	シェイエ分類H 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
	シェイエ分類S 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
	Wong-Mitchell分類 所見なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/>
	糖尿病性網膜症 SCOTT分類 Ia <input type="checkbox"/> Ib <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Va <input type="checkbox"/> Vb <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/>
	網膜症なし <input type="checkbox"/> 改変Davis分類 単純網膜症 <input type="checkbox"/> 増殖前網膜症 <input type="checkbox"/> 増殖網膜症 <input type="checkbox"/>
	その他の所見 (20文字以内でご記入下さい) _____ _____ _____

実施された検査結果の分類をチェックしてください。

その他の所見はその他の所見欄に記入してください。

糖尿病性網膜症に異常がない場合は、必ず網膜症なしにチェックしてください。

眼底検査実施医療機関の担当者の方へ

眼底検査実施医療機関は眼底検査の検査結果と医療機関名を記入し、特定健診実施医療機関へFAXで結果の報告を行ってください。

問い合わせ先: 株式会社ディーソル 0120-958-424

眼底検査実施医療機関名