

# 「社保」特定健康診査 眼底検査依頼書

依頼元医療機関名

依頼先眼科名

〔受診者〕住所：出雲市 町 番地

氏名： 性別（ ）

生年月日：昭和 / 平成 年 月 日生 [ 8 - ]

紹介	年 月 日												
血液検査	<table border="1"> <tr> <td>血压値</td> <td>mmHg/</td> <td>mmHg</td> </tr> <tr> <td>前年度血糖</td> <td>( )</td> <td></td> </tr> <tr> <td>今年度血糖</td> <td>mg/dL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HbA1C</td> <td>( ) %</td> <td></td> </tr> </table>	血压値	mmHg/	mmHg	前年度血糖	( )		今年度血糖	mg/dL		HbA1C	( ) %	
血压値	mmHg/	mmHg											
前年度血糖	( )												
今年度血糖	mg/dL												
HbA1C	( ) %												
診断名	_____												
医師名	_____												

※依頼元の医療機関では、2枚目の紹介欄に押印をお願いします。

# 「社保」特定健康診査 眼底検査依頼書

依頼元医療機関名



依頼先眼科名

〔受診者〕住所：出雲市 町 番地

氏名： 性別（ ）

生年月日：昭和 / 平成 年 月 日生 [ 8 - ]

紹介	年 月 日												
血液検査	<table border="1"> <tr> <td>血压値</td> <td>mmHg/</td> <td>mmHg</td> </tr> <tr> <td>前年度血糖</td> <td>( )</td> <td></td> </tr> <tr> <td>今年度血糖</td> <td>mg/dL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HbA1C</td> <td>( ) %</td> <td></td> </tr> </table>	血压値	mmHg/	mmHg	前年度血糖	( )		今年度血糖	mg/dL		HbA1C	( ) %	
血压値	mmHg/	mmHg											
前年度血糖	( )												
今年度血糖	mg/dL												
HbA1C	( ) %												
診断名	_____												
医師名	_____ ㊟												

返信	年 月 日
1. 異常なし	
2. 異常あり	
Scheie 分類：H-( )S-( )	
糖尿病網膜症： なし あり	
視神経乳頭陥凹拡大：なし あり	
その他：	_____
3. 透見困難	
医師名	_____

※依頼先の眼科では、3枚目の返信欄に押印をお願いします。

# 「社保」特定健康診査 眼底検査依頼書

依頼元医療機関名	←	依頼先眼科名

〔受診者〕住 所：出雲市 町 番地

氏 名： 性別（ ）

生年月日：昭和 / 平成 年 月 日生 [ 8 - ]

紹介	年 月 日	返信	年 月 日
血液検査	血压値	mmHg/	mmHg
	前年度血糖	( )	
	今年度血糖	mg/dL	
	HbA1C	( ) %	
診断名	_____		
医師名	_____ 印		

返 信 年 月 日

- 異常なし
- 異常あり  
Scheie 分類：H-( )S-( )  
糖尿病網膜症： なし あり  
視神経乳頭陥凹拡大：なし あり  
その他： \_\_\_\_\_
- 透見困難

医師名 \_\_\_\_\_ 印

# 「社保」特定健康診査 眼底検査依頼書

依頼元医療機関名	←	依頼先眼科名

〔受診者〕住 所：出雲市 町 番地

氏 名： 性別（ ）

生年月日：昭和 / 平成 年 月 日生 [ 8 - ]

受診日： 年 月 日