

# 「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									
	<table border="1"> <tr> <td>血压値</td> <td>mmHg/</td> <td>mmHg</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">血液検査</td> <td>前年度血糖</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>今年度血糖</td> <td>mg/dL</td> </tr> <tr> <td>HbA1C</td> <td>( ) %</td> </tr> </table>			血压値	mmHg/	mmHg	血液検査	前年度血糖	( )	今年度血糖	mg/dL	HbA1C
血压値	mmHg/	mmHg										
血液検査	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									
	<table border="1"> <tr> <td>血压値</td> <td>mmHg/</td> <td>mmHg</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">血液検査</td> <td>前年度血糖</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>今年度血糖</td> <td>mg/dL</td> </tr> <tr> <td>HbA1C</td> <td>( ) %</td> </tr> </table>			血压値	mmHg/	mmHg	血液検査	前年度血糖	( )	今年度血糖	mg/dL	HbA1C
血压値	mmHg/	mmHg										
血液検査	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
<p>1. 異常なし</p> <p>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： _____</p> <p>3. 透見困難</p>			
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

血圧値	mmHg/	mmHg
血液検査	前年度血糖	( )
	今年度血糖	mg/dL
	HbA1C	( ) %

診断名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

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