

眼科医療機関 御中

下記の特定健診受診者の方につきまして、眼底検査を依頼します。
つきましては、検査結果をご記入のうえ、特定健診実施医療機関までご返送いただきますようお願いいたします。

特定健診 眼底検査結果票

年 月 日

フリガナ 氏 名		生年月日	昭 年 月 日(歳)
住 所			
受 診 年 月 日	年 月 日	健診機関名	

【眼底検査内容】

眼科医療機関名										
眼底検査実施日		年 月 日								
眼底 所見	キースワグナー分類	0	I	II a	II b	III	IV			
	シェイエ分類 H	0	1	2	3	4				
	シェイエ分類 S	0	1	2	3	4				
	SCOTT分類	I a	I b	II	III a	III b	IV	V a	V b	VI
	Wong-Mitchell分類	1: 所見なし		2: 軽度		3: 中等度		4: 重度		
	改変Davis分類	1: 網膜症なし		2: 単純網膜症		3: 増殖前網膜症		4: 増殖性網膜症		
	その他の所見	糖尿病性網膜症 ・ 高血圧性眼底 ・ 網膜細動脈硬化症 ・ その他()								