

眼底検査依頼箋

下記の方は、小牧市国民健康保険特定健診（後期高齢者健康診査）を受診した結果により『眼底検査』が必要となります。

つきましては、検査期限までに眼底検査実施機関（裏面一覧表）へ、この依頼箋を持参し検査を受けてください。

* 眼底検査対象者情報 *

| | | | |
|---------------|---------------|----|-----|
| 保険証番号 | | | |
| フリガナ 受診者氏名 | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | 性別 | 男・女 |
| 検査期限 | 令和 年 月 日（ ）まで | | |

上記のとおり、眼底検査を依頼します。

令和 年 月 日

健診医療機関名：

（担当医師氏名： _____）

（眼科記入欄）

検査日：令和 年 月 日

* 検査結果 *

（1）所 見 （該当部分にし点）

| | |
|--|--------------|
| | 正常範囲内 |
| | 中間透光体混濁 |
| | 網膜出血・白斑 |
| | 視神経乳頭異常 |
| | 黄斑異常 |
| | その他（ _____ ） |

（2）結 果

| | | |
|---------|--------------------------|------------|
| シェイエ（H） | 右： _____ 度 | 左： _____ 度 |
| シェイエ（S） | 右： _____ 度 | 左： _____ 度 |
| その他（※） | 方法：KW/SCOTT/その他（ _____ ） | |
| | 結果：（ _____ ） | |

※シェイエ以外で検査した場合は「その他」へ記入。

眼底検査実施医療機関名：

（担当医師氏名： _____）

眼底検査実施機関

| 医療機関名 | 住 所 | 電話番号 |
|------------|------------------------------|---------|
| 石田眼科 | 小牧市郷中 1-170 | 74-2220 |
| いわた眼科クリニック | 小牧市中央 5-40 | 76-0777 |
| 江崎眼科医院 | 小牧市中央 1-301 | 76-2067 |
| 尾張眼科 | 小牧市岩崎 1-101-1 | 73-0044 |
| こまき眼科 | 小牧市中央 2-148 小牧ステーションビル 2F | 72-1118 |
| 小牧平田眼科 | 小牧市堀の内 4-52-1 | 74-6638 |

【 検査結果 】

高血圧動脈硬化性変化（シェイエ分類）

| 判定 | 高血圧性変化（H） | 硬化性変化（S） |
|----|----------------------------|---------------------------|
| 0度 | 異常なし | 異常なし |
| 1度 | 軽度のびまん性動脈狭細 | 動脈血柱反射やや増強、 軽度の動静脈交叉現象 |
| 2度 | びまん性動脈狭窄、 網膜動脈の口径不同 | 動脈血柱反射増強、 動静脈交叉現象 |
| 3度 | 動脈狭窄、口径不同が著明、 網膜出血または白斑 | 銅線動脈、 高度の動静脈交叉現象 |
| 4度 | 上記に加えて視神経乳頭浮腫 | 銀線動脈 |