

松江市眼底検査記録票

※(ID)No.

(眼科用)

眼底検査依頼票									
松江市眼底検査実施医療機関 様									
松江市の実施する健康診査で下記の結果でしたので、眼底検査を依頼します。									
健康診査 受診日	2025 年 月 日				医療機関名 健診担当医師				

フリガナ					性 別	男 ・ 女			
氏 名									
住 所	松江市								
生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)				電話番号				
健診種別	1. 松江市国保特定健診 特定健診受診券番号			2. 後期高齢者健診 ※詳細な健診の対象者 後期高齢者医療被保険者番号			3. 松江市一般健診 ※詳細な健診の対象者 保険証種別 ・松江市国保(20歳～39歳) ・松江市国保以外(20歳～39歳) ・生活保護(20歳以上)		
	251000								
実施理由 (後期・一般健診対象者の場合)		診察により実施 (1. 血圧該当 ・ 2. 血糖該当 ・ 3. 前年度血糖該当)							
参 考	高 血 圧	あり ⇒ (治療中 ・ 治療なし) ・ なし ・ 疑い							
	高 血 糖	あり ⇒ (治療中 ・ 治療なし) ・ なし ・ 疑い							
	脂質異常	あり ⇒ (治療中 ・ 治療なし) ・ なし ・ 疑い							

依頼のあった眼底検査の結果は次のとおりです。

《右 眼 : 1》

眼圧	mmHg				散瞳	1. 有 ・ 2. 無			
高血圧性変化	細動脈狭細	1	－	＋	＋	＋	＋		
	管 径 不 整	2	－	＋	＋	＋	＋		
	出 血	5	－(＋)				＋	＋	
	白斑 (硬)	6	－(＋)				＋	＋	
	乳 頭 浮 腫	7	－					＋	＋
	Scheie分類	H	0	I	II	III	IV	透見困難	
動脈硬化性変化	反 射 蛇 行	3	－	＋	＋	＋	銅	銀	
	走 行 変 化	4a	－	＋	＋	＋			
	管 径 変 化	4b	－	±	＋	＋	＋		
	隠 伏	4c	－		＋	＋	＋		
	塞 止	4d	－		＋	＋	＋		
	Scheie分類	S	0	I	II	III	IV	透見困難	
糖尿病網膜症 所見	Davis分類	0. 異常なし 1. 単純 2. 前増殖 3. 増殖 4. 透見困難							
視神経乳頭 陥凹拡大	10. なし 20. あり→(21 継続 22 新規 23 中断) 30. 不明								
判定結果 (疑い含む)	1. 正常 2. 要精査・医療【継続中】()()() 3. 要精査・医療【新規】()()() 4. 要精査・医療【中断】()()() 5. 透見困難・未実施								
抗コリン剤使用の可否 ※ 01. 緑内障、02. 緑内障、疑い の場合のみ記載					1. 使用可 2. 使用不可				

《左 眼 : 2》

西暦 年 月 日

眼圧	mmHg				散瞳	1. 有 ・ 2. 無			
高血圧性変化	細動脈狭細	1	－	＋	＋	＋	＋		
	管 径 不 整	2	－	＋	＋	＋	＋		
	出 血	5	－(＋)				＋	＋	
	白斑 (硬)	6	－(＋)				＋	＋	
	乳 頭 浮 腫	7	－					＋	＋
	Scheie分類	H	0	I	II	III	IV	透見困難	
動脈硬化性変化	反 射 蛇 行	3	－	＋	＋	＋	銅	銀	
	走 行 変 化	4a	－	＋	＋	＋			
	管 径 変 化	4b	－	±	＋	＋	＋		
	隠 伏	4c	－		＋	＋	＋		
	塞 止	4d	－		＋	＋	＋		
	Scheie分類	S	0	I	II	III	IV	透見困難	
糖尿病網膜症 所見	Davis分類	0. 異常なし 1. 単純 2. 前増殖 3. 増殖 4. 透見困難							
視神経乳頭 陥凹拡大	10. なし 20. あり→(21 継続 22 新規 23 中断) 30. 不明								
判定結果 (疑い含む)	1. 正常 2. 要精査・医療【継続中】()()() 3. 要精査・医療【新規】()()() 4. 要精査・医療【中断】()()() 5. 透見困難・未実施								
抗コリン剤使用の可否 ※ 01. 緑内障、02. 緑内障、疑い の場合のみ記載					1. 使用可 2. 使用不可				

【疾病・所見(疑いも含む)分類一覧】				01. 緑内障	02. 緑内障、疑い
10. 黄斑変性症	11. 黄斑前膜	12. 黄斑円孔	13. 中心性漿液性脈絡網膜症		
20. 糖尿病網膜症	21. 高血圧性眼底	22. 網膜静脈閉塞症	23. 網膜出血・軟性白斑		
30. 網膜裂孔・円孔	31. 網膜剥離				
40. 網膜色素変性症	41. 高度近視・視神経萎縮	42. 白内障	99. その他()		

眼底検査 担当医療機関名・医師名		医療機関番号	
---------------------	--	--------	--