

診療情報提供書 奈良県眼科医会 抗VEGF剤疾患連携パス（往復路パス）

患者氏名		生年月日	年 月 日	(男・女)		
紹介先				紹介元 紹介医		
紹介日	年 月 日	紹介目的	診断・治療・コンサルト・術後経過観察			
感染症			アレル ギー			
全身疾患						
診断名	classic	occult	PCV	myopic	RAP	CRVO BRVO DME その他()
右眼視力	RV=	(	×S	D=C	D Ax)
左眼視力	LV=	(	×S	D=C	D Ax)
処方	(点眼) 右・左・両×					
病歴	初診時 右眼視力	RV=	(	×S	D=C	D Ax) 1ヶ月以内は省略可
	初診時 左眼視力	LV=	(	×S	D=C	D Ax) 1ヶ月以内は省略可
	発症時期			初診日	年 月 日	
治療方針	PRN Tx&Ex Proactive (ヶ月ごと) PDT併用 その他()					
治療薬	アイリーア ルセンティス アバスチン その他()					
手術日	年 月 日	(右・左)	コメント			
手術日	年 月 日	(右・左)	コメント			
手術日	年 月 日	(右・左)	コメント			
手術日	年 月 日	(右・左)	コメント			
手術日	年 月 日	(右・左)	コメント			
手術日	年 月 日	(右・左)	コメント			
手術日	年 月 日	(右・左)	コメント			
手術日	年 月 日	(右・左)	コメント			
手術日	年 月 日	(右・左)	コメント			
術後経過	<input type="checkbox"/> 再治療の可能性あり。 <input type="checkbox"/> 安定、再治療の可能性低し。 <input type="checkbox"/> 術翌日の経過観察依頼					
術後方針	<input type="checkbox"/> 貴院にて経過観察並びに追加処置の必要性が生じましたら再紹介お願いします。 <input type="checkbox"/> 当科にて経過観察します <input type="checkbox"/> 当科にて(治療・経過観察)し、貴院にて(治療・経過観察)をお願いします。					
添付	OCT	FA	IA	Pola	その他	