

診療情報提供書 奈良県眼科医会 角膜疾患連携パス (往路パス)

医療機関名		御中 紹介元	
_____		先生御侍史	紹介医 _____ (印)
患者情報	患者氏名 _____ (男・女) 生年月日 M・T・S・H 年 月 日		
紹介日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
初診日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
現病歴			
加療歴	点眼薬	( _____ 点眼) 右・左・両× _____ 回 ( _____ 月 _____ 日~ _____ 月 _____ 日) ( _____ 点眼) 右・左・両× _____ 回 ( _____ 月 _____ 日~ _____ 月 _____ 日) ( _____ 点眼) 右・左・両× _____ 回 ( _____ 月 _____ 日~ _____ 月 _____ 日) ( _____ 点眼) 右・左・両× _____ 回 ( _____ 月 _____ 日~ _____ 月 _____ 日)	
	眼軟膏	( _____ 眼軟膏) 右・左・両× _____ 回 ( _____ 月 _____ 日~ _____ 月 _____ 日) ( _____ 眼軟膏) 右・左・両× _____ 回 ( _____ 月 _____ 日~ _____ 月 _____ 日)	
	内服	( _____ ) ( _____ 月 _____ 日~ _____ 月 _____ 日) ( _____ ) ( _____ 月 _____ 日~ _____ 月 _____ 日)	
	点滴	( _____ ) ( _____ 月 _____ 日~ _____ 月 _____ 日)	
右眼視力	RV= _____ ( _____ ×S _____ D=C _____ D Ax _____ )		
左眼視力	LV= _____ ( _____ ×S _____ D=C _____ D Ax _____ )		
眼圧	RT= _____ mmHg	LT= _____ mmHg	
コンタクトレンズ	HCL	SCL	2week-SCL 1day-SCL その他
外傷	なし / あり( _____ 月 _____ 日)		
全身疾患			
アレルギー			
その他コメント			