

診療情報提供書 奈良県眼科医会 角膜疾患連携パス（復路パス）

患者氏名		生年月日	年 月 日	(男・女)
逆紹介先				逆紹介元 逆紹介医
逆紹介日	年 月 日	診断名		
右眼視力	RV= (× S D=C D Ax)			
左眼視力	LV= (× S D=C D Ax)			
治療方針	手術・薬物療法・その他()			
入院日	年 月 日	退院日	年 月 日	
手術日	年 月 日	(右・左)	術式	全層移植・表層移植・内皮移植
手術日	年 月 日	(右・左)	術式	全層移植・表層移植・内皮移植
菌検査結果	年 月 日		培養・検鏡・PCR	
経過				
術後方針	<input type="checkbox"/> 貴院にて経過観察をお願いします (次回貴院へ 頃受診指示) <input type="checkbox"/> 当科にて経過観察します <input type="checkbox"/> 双方で経過観察します (次回貴院へ 頃受診指示) (当科 予約)			
処方	(点眼) 右・左・両 × 回 (点眼) 右・左・両 × 回 (点眼) 右・左・両 × 回 (点眼) 右・左・両 × 回			
その他				