

診療情報提供書 奈良県眼科医会 硝子体疾患連携パス（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	紹介目的	診断 ・治療 ・手術加療 ・コンサルト		
感染症			アレルギー		
全身疾患					
診断名					
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 × 回 (点眼) 右・左・両 × 回 (点眼) 右・左・両 × 回 (点眼) 右・左・両 × 回				
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	平成 年 月 日	
病変					
治療歴	平成 年 月 日 () 平成 年 月 日 () 平成 年 月 日 ()				
添付	OCT	FA	IA	眼底写真	その他