

三重県眼科医会からのお知らせ

特定健診における  
眼底検査を眼科医療機関に依頼する場合のお願い

三重県眼科医会 会長 今 野 信太郎

平素は大変お世話になっております。

さて、特定健診における眼底検査は平成20年(2008年)から実施され、平成30年に健診結果等において、血圧または血糖検査が受診勧奨判定値以上の者のうち、医師が必要と認める場合に実施する、とされました。最近、医会にトラブル案件の報告がありましたので、周知を兼ねまして下記のとおりお願い致します。

記

特定健診実施(依頼元)医療機関が眼科医療機関に依頼する時は、お手数をおかけいたしますが、依頼元医療機関と眼科医療機関の間でご連絡を取り合い、スムーズな健診が受けられるよう、ご協力をお願い致します。

特に、眼底検査料は眼科医療機関で受診者からお支払い頂き、眼底検査料領収書と検査結果を添えて依頼元医療機関にお返しします。その後、依頼元医療機関から受診者に眼底検査料の返金となります。

特定健診は無料ではないかと受診者から問われるトラブルもありますので、この点も踏まえて受診者にご説明くださいますよう、宜しくご高配の程お願い申し上げます。

眼底検査依頼時の注意事項

1. 眼底検査依頼書・報告書の用紙は地区医師会にありますので、コピーしてご使用ください。
2. 依頼書には血圧、血糖等必要事項を記載し、採血結果のコピーを必ず添付してください。
3. 受診者には保険証を必ず持参していただいでください。
4. 依頼書・報告書は各診療所で必ず保管してください。
5. 検査料を(受診者を介さず)依頼元医療機関と眼科医療機関で取り扱う場合、検査料の請求および支払は1ヶ月毎、現金での支払を原則としますが、詳細は各診療所ごとにトラブルのないように相談してください。
6. 特定健診で眼底検査を薦められた方は、最初から眼科専門医による散瞳による眼底検査(医療保険での精査)をお勧め致します。

**眼底検査依頼書** 令和 年 月 日

○依頼先 医療機関名 先生ご机下

○患者住所 生年月日 年齢 電話  
氏名 T-S-H 年 月 日 ( )

血圧  mmHg、血糖 mg/dL、HbA1c %、(脂質 mg/dL、尿酸 (μmol/L))

コメント

特定健診による精査検査をお願い申し上げます。(1か月有効)

---

**眼底検査結果報告書** 令和 年 月 日

患者住所 生年月日 年齢 電話  
氏名 T-S-H 年 月 日 ( )

キーンズワナー分類	0	1	2a	2b	3	4			
シエイス分類	0	1	2	3	4				
シエイス分類	0	1	2	3	4				
SDOIT分類	1a	1b	2	3a	3b	4	5a	5b	5c
Hard-Examination分類	1	2	3	4	5				
眼底 Ocu 分類	1	2	3	4	5				
その他(視神経乳頭陥凹拡大等)									
眼底検査対象者(実施機関)	実施機関								

実施日 令和 年 月 日 医療機関名 氏名 印

**特定健診による眼底検査料 請求書**

医療機関名 様 令和 年 月 日

下記の通りご請求申し上げます。

合計 ¥

単価 1,280 円 × 人数 ( )

但し、令和 年 月 日より令和 年 月 日検査分

(受託眼科医療機関名)

---

**特定健診による眼底検査料 領収書**

医療機関名 様 令和 年 月 日

下記の通り領収致しました。

合計 ¥

単価 1,280 円 × 人数 ( )

但し、令和 年 月 日より令和 年 月 日検査分

(受託医療機関名)

印

# 眼底検査依頼書

令和 年 月 日

○依頼先 医療機関名

先生ご机下

○患者住所  
氏名

生年月日  
T・S・H

年

月

日 ( )

年齢

電話

血压

/

mmHg、血糖

mg/dl、HbA1c

%、(脂質

mg/dl、腹囲

cm)

コメント:

特定健診による眼底検査をお願い申し上げます。(1か月有効)

医療機関名  
依頼医師

印

# 眼底検査結果報告書

令和 年 月 日

患者住所  
氏名

生年月日  
T・S・H

年

月

日 ( )

年齢

電話

キースワグナー分類	0	I	IIa	IIb	III	IV				
シエイエ分類:H	0	1	2	3	4					
シエイエ分類:S	0	1	2	3	4					
SCOTT 分類	Ia	Ib	II	IIIa	IIIb	IV	Va	Vb	VI	
Wong-Mitchell 分類	1. 所見なし	2. 軽度	3. 中等度	4. 重度						
改変 Davis 分類	1. 所見なし	2. 単純網膜症	3. 増殖前網膜症	4. 増殖網膜症						
その他(視神経乳頭陥凹拡大等)										
眼底検査対象者/実施理由	実施理由:									

実施日 令和 年 月 日

医療機関名  
氏名

印

## 特定健診による眼底検査料 請求書

医療機関名

様

令和 年 月 日

下記の通りご請求申し上げます。

合計 円

単価 1,280 円 × 人数 ( )

但し、令和 年 月 日より令和 年 月 日検査分

(受託眼科医療機関名)

---

## 特定健診による眼底検査料 領収書

医療機関名

様

令和 年 月 日

下記の通り領収致しました。

合計 円

単価 1,280 円 × 人数 ( )

但し、令和 年 月 日より令和 年 月 日検査分

(受託医療機関名)

印