

附件 4 彰化縣 院(所)糖尿病視網膜病變篩檢轉診單

(甲聯)

請協助掛眼科

A.個案資料：由轉診人員填寫

- A1.姓名：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_
- A2.出生年月日：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日
- A3.身份證字號：\_\_\_\_\_
- A4.住址：彰化縣\_\_\_\_\_鄉鎮市\_\_\_\_\_村(里)\_\_\_\_\_路(街)\_\_\_\_\_段\_\_\_\_\_巷\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_號
- A5.診斷：①第一型糖尿病 ②第二型糖尿病 ③未歸類之糖尿病 ④其他
- A6.糖尿病史：診斷年份：民國\_\_\_\_\_年 開始治療年份：民國\_\_\_\_\_年
- A7.高血壓病史：診斷年份：民國\_\_\_\_\_年 開始治療年份：民國\_\_\_\_\_年
- A8.併發症：①無 ②視網膜病變 ③冠心病 ④腎臟病變 ⑤足部病變 ⑥其他\_\_\_\_\_
- A9.最近一次血糖值：\_\_\_\_\_mg/dL 檢查日期：\_\_\_\_\_，A1C 最近一次檢查值\_\_\_\_\_％ 檢查日期：\_\_\_\_\_
- A10.轉診原因或目的：

- ①從未接受過視網膜篩檢 ②視力異常需進一步檢查 ③每年例行的定期視網膜篩檢

- ◎上次檢查結果：①正常 ②輕度非增殖性視網膜病變：右左 ③中度非增殖性視網膜病變：右左  
④重度非增殖性視網膜病變：右左 ⑤增殖性視網膜病變：右左 ⑥黃斑部水腫(CSME)：右左

轉診院所：\_\_\_\_\_ 保險機構代號：\_\_\_\_\_ 醫師簽章：\_\_\_\_\_ 聯絡人：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_ 傳真：\_\_\_\_\_ 轉診日期：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

醫師診察記錄欄：

B1.視力：裸視(右\_\_\_\_\_左\_\_\_\_\_) 矯正：(右\_\_\_\_\_左\_\_\_\_\_) 未測量 原因：\_\_\_\_\_

B2.眼壓：(右\_\_\_\_\_左\_\_\_\_\_) 未測量 原因：\_\_\_\_\_

B3.散瞳：有 無 原因：\_\_\_\_\_ (眼底檢查請務必散瞳)

B4.檢查結果：

◎糖尿病視網膜

1.正常；2.異常(續答)：

- ①輕度非增殖性視網膜病變：右左 ②中度非增殖性視網膜病變：右左  
③重度非增殖性視網膜病變：右左 ④增殖性視網膜病變：右左 ⑤黃斑部水腫(CSME)：右左

◎其他眼科疾病：

- ①虹膜上新生血管性青光眼(NVG)：右左 ②青光眼：右左  
③會影響視力之白內障：右左 ④其他 右 左 請註明：\_\_\_\_\_

B5.曾經處置情形：

- ①泛視網膜病變光凝固治療右左 ②黃斑部光凝固治療右左 ③玻璃體內藥物注射右左  
④玻璃體切除右左 ⑤白內障手術：右左 ⑥青光眼手術：右左 ⑦其他處置右 左  
請註明：\_\_\_\_\_

B6.本次檢查建議處置：

1.暫不需處置；2.需處置(續答)：

- ①泛視網膜光凝固治療右左 ②黃斑部光凝固治療右左  
③玻璃體內藥物注射 ④玻璃體切除右左 ⑤白內障手術右 左  
⑥螢光眼底攝影(FAG) 右 左 ⑦其他 右 左 請註明：\_\_\_\_\_

B7.建議追蹤檢查時程：

- ①三個月檢查一次 ②六個月檢查一次 ③一年檢查一次 ④其他追蹤時程：\_\_\_\_\_

B8.轉診其他醫院進一步檢查及治療，轉診院所名稱：\_\_\_\_\_

B9.備註其他情形請說明：\_\_\_\_\_

院所名稱：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_ 醫師簽章：\_\_\_\_\_ 檢查日期：\_\_\_\_\_

個案持三聯就診；「甲聯」送回原轉診單位；「乙聯」受轉眼科留存；「丙聯」個案自存

A.個案資料：由轉診人員填寫

A1.姓名：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

A2.出生年月日：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

A3.身份證字號：\_\_\_\_\_

A4.住址：彰化縣 \_\_\_\_\_ 鄉鎮市 \_\_\_\_\_ 村(里) \_\_\_\_\_ 路(街) \_\_\_\_\_ 段 \_\_\_\_\_ 巷 \_\_\_\_\_ 弄 \_\_\_\_\_ 號

A5.診斷：①  第一型糖尿病 ②  第二型糖尿病 ③  未歸類之糖尿病 ④  其他

A6.糖尿病史：診斷年份：民國 \_\_\_\_\_ 年 開始治療年份：民國 \_\_\_\_\_ 年

A7.高血壓病史：診斷年份：民國 \_\_\_\_\_ 年 開始治療年份：民國 \_\_\_\_\_ 年

A8.併發症：①  無 ②  視網膜病變 ③  冠心病 ④  腎臟病變 ⑤  足部病變 ⑥  其他 \_\_\_\_\_

A9.最近一次血糖值：\_\_\_\_\_ mg/dL 檢查日期：\_\_\_\_\_，A1C 最近一次檢查值 \_\_\_\_\_ % 檢查日期：\_\_\_\_\_

A10.轉診原因或目的：

①  糖尿病患者從未接受過視網膜篩檢 ②  視力異常需進一步檢查 ③  每年例行的定期視網膜篩檢◎上次檢查結果：①  正常 ②  輕度非增殖性視網膜病變： 右  左 ③  中度非增殖性視網膜病變： 右  左④  重度非增殖性視網膜病變： 右  左 ⑤  增殖性視網膜病變： 右  左 ⑥  黃斑部水腫(CSME)： 右  左

轉診院所：\_\_\_\_\_ 保險機構代號：\_\_\_\_\_ 醫師簽章：\_\_\_\_\_ 聯絡人：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_ 傳真：\_\_\_\_\_ 轉診日期：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

## 醫師診察記錄欄：

B1.視力：裸視(右 \_\_\_\_\_ 左 \_\_\_\_\_) 矯正：(右 \_\_\_\_\_ 左 \_\_\_\_\_)  未測量 原因：\_\_\_\_\_B2.眼壓：(右 \_\_\_\_\_ 左 \_\_\_\_\_)  未測量 原因：\_\_\_\_\_B3.散瞳： 有  無 原因：\_\_\_\_\_ (眼底檢查請務必散瞳)

B4.檢查結果：

## ◎糖尿病視網膜

1.  正常；2.  異常(續答)：①  輕度非增殖性視網膜病變： 右  左 ②  中度非增殖性視網膜病變： 右  左③  重度非增殖性視網膜病變： 右  左 ④  增殖性視網膜病變： 右  左 ⑤  黃斑部水腫(CSME)： 右  左

## ◎其他眼科疾病：

①  虹膜上新生血管性青光眼(NVG)： 右  左 ②  青光眼： 右  左③  會影響視力之白內障： 右  左 ④  其他  右  左 請註明：\_\_\_\_\_

B5.曾經處置情形：

①  泛視網膜病變光凝固治療  右  左 ②  黃斑部光凝固治療  右  左 ③  玻璃體內藥物注射  右  左④  玻璃體切除  右  左 ⑤  白內障手術： 右  左 ⑥  青光眼手術： 右  左 ⑦  其他處置  右  左

請註明：\_\_\_\_\_

B6.本次檢查建議處置：

1.  暫不需處置；2.  需處置(續答)：①  泛視網膜光凝固治療  右  左 ②  黃斑部光凝固治療  右  左③  玻璃體內藥物注射 ④  玻璃體切除  右  左 ⑤  白內障手術  右  左⑥  螢光眼底攝影(FAG)  右  左 ⑦  其他  右  左 請註明：\_\_\_\_\_

B7.建議追蹤檢查時程：

①  三個月檢查一次 ②  六個月檢查一次 ③  一年檢查一次 ④  其他追蹤時程：\_\_\_\_\_

B8.轉診其他醫院進一步檢查及治療，轉診院所名稱：\_\_\_\_\_

B9.備註其他情形請說明：\_\_\_\_\_

院所名稱：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_ 醫師簽章：\_\_\_\_\_ 檢查日期：\_\_\_\_\_

個案持三聯就診；「甲聯」送回原轉診單位；「乙聯」受轉眼科留存；「丙聯」個案自存

## 彰化縣 \_\_\_\_\_ 院(所)糖尿病視網膜病變篩檢轉診單

(丙聯)

請協助掛眼科

A.個案資料：由轉診人員填寫

A1.姓名：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

A2.出生年月日：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

A3.身份證字號：\_\_\_\_\_

A4.住址：彰化縣 \_\_\_\_\_鄉鎮市 \_\_\_\_\_村(里) \_\_\_\_\_路(街) \_\_\_\_\_段 \_\_\_\_\_巷 \_\_\_\_\_弄 \_\_\_\_\_號

A5.診斷：①第一型糖尿病 ②第二型糖尿病 ③未歸類之糖尿病 ④其他

A6.糖尿病史：診斷年份：民國 \_\_\_\_\_年 開始治療年份：民國 \_\_\_\_\_年

A7.高血壓病史：診斷年份：民國 \_\_\_\_\_年 開始治療年份：民國 \_\_\_\_\_年

A8.併發症：①無 ②視網膜病變 ③冠心病 ④腎臟病變 ⑤足部病變 ⑥其他 \_\_\_\_\_

A9.最近一次血糖值：\_\_\_\_\_mg/dL 檢查日期：\_\_\_\_\_，A1C 最近一次檢查值 \_\_\_\_\_% 檢查日期：\_\_\_\_\_

A10.轉診原因或目的：

①糖尿病患者從未接受過視網膜篩檢 ②視力異常需進一步檢查 ③每年例行的定期視網膜篩檢◎上次檢查結果：①正常 ②輕度非增殖性視網膜病變：右左 ③中度非增殖性視網膜病變：右左④重度非增殖性視網膜病變：右左 ⑤增殖性視網膜病變：右左 ⑥黃斑部水腫(CSME)：右左

轉診院所：\_\_\_\_\_ 保險機構代號：\_\_\_\_\_ 醫師簽章：\_\_\_\_\_ 聯絡人：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_ 傳真：\_\_\_\_\_ 轉診日期：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

## 醫師診察記錄欄：

B1.視力：裸視(右 \_\_\_\_\_ 左 \_\_\_\_\_) 矯正：(右 \_\_\_\_\_ 左 \_\_\_\_\_) 未測量 原因：\_\_\_\_\_B2.眼壓：(右 \_\_\_\_\_ 左 \_\_\_\_\_) 未測量 原因：\_\_\_\_\_B3.散瞳：有 無 原因：\_\_\_\_\_ (眼底檢查請務必散瞳)

B4.檢查結果：

## ◎糖尿病視網膜

1.正常；2.異常(續答)：①輕度非增殖性視網膜病變：右左 ②中度非增殖性視網膜病變：右左③重度非增殖性視網膜病變：右左 ④增殖性視網膜病變：右左 ⑤黃斑部水腫(CSME)：右左

## ◎其他眼科疾病：

①虹膜上新生血管性青光眼(NVG)：右左 ②青光眼：右左③會影響視力之白內障：右左 ④其他 右 左 請註明：\_\_\_\_\_

B5.曾經處置情形：

①泛視網膜病變光凝固治療右左 ②黃斑部光凝固治療右左 ③玻璃體內藥物注射右左④玻璃體切除右左 ⑤白內障手術：右左 ⑥青光眼手術：右左 ⑦其他處置右 左

請註明：\_\_\_\_\_

B6.本次檢查建議處置：

1.暫不需處置；2.需處置(續答)：①泛視網膜光凝固治療右左 ②黃斑部光凝固治療右左③玻璃體內藥物注射 ④玻璃體切除右左 ⑤白內障手術右 左⑥螢光眼底攝影(FAG) 右 左 ⑦其他 右 左 請註明：\_\_\_\_\_

B7.建議追蹤檢查時程：

①三個月檢查一次 ②六個月檢查一次 ③一年檢查一次 ④其他追蹤時程：\_\_\_\_\_

B8.轉診其他醫院進一步檢查及治療，轉診院所名稱：\_\_\_\_\_

B9.備註其他情形請說明：\_\_\_\_\_

院所名稱：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_ 醫師簽章：\_\_\_\_\_ 檢查日期：\_\_\_\_\_

個案持三聯就診；「甲聯」送回原轉診單位；「乙聯」受轉眼科留存；「丙聯」個案自存