

請協助轉診當地衛生所

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

B.眼科醫師診察紀錄欄：

- B1.視力：裸視(右 _____ 左 _____) 矯正：(右 _____ 左 _____)
- 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：
- ◎糖尿病之視網膜病變：
- 1.正常；2.異常(續答)：
- ①輕度非增殖性視網膜病變(BDR)：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.轉介醫院進一步檢查及治療，轉介院所名稱：_____
- B9.備註其他情形請說明：_____

C.如視網膜檢查結果為異常者，請續填下列項目：

- C1.被檢查人是否自知罹患糖尿病？ 是 否；如答「是」請續填下列第②題
- C2.被檢查人是否已因糖尿病定期就醫？ 是，就醫院所：_____ 否
- 上述 C1 或 C2 均答「否」者，請協助轉診至當地衛生所就醫

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

原診治眼科院所

接受轉診院所

D.診療結果

- D1.確診診斷：_____
- D2.最近一次檢查結果：血糖(AC) _____ (PC) _____、HbA1c：_____、BP：_____、LDL：_____
- D3.是否已服用糖尿病藥物？ 是 否

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

請協助轉診當地衛生所

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

B.眼科醫師診察紀錄欄：

B1.視力：裸視(右_____左_____) 矯正：(右_____左_____)

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：

◎糖尿病之視網膜病變：

1.正常；2.異常(續答)：①輕度非增殖性視網膜病變(BDR)：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.轉介醫院進一步檢查及治療，轉介院所名稱：_____

B9.備註其他情形請說明：_____

C.如視網膜檢查結果為異常者，請續填下列項目：

C1.被檢查人是否自知罹患糖尿病？ 是 否；如答「是」請續填下列第②題C2.被檢查人是否已因糖尿病定期就醫？ 是，就醫院所：_____ 否

上述 C1 或 C2 均答「否」者，請協助轉診至當地衛生所就醫

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

原診治眼科院所

接受轉診院所

D.診療結果

D1.確診診斷：_____

D2.最近一次檢查結果：血糖(AC) _____ (PC) _____、HbA1c：_____、BP：_____、LDL：_____

D3.是否已服用糖尿病藥物？ 是 否

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

請協助轉診當地衛生所

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

B. 眼科醫師診察紀錄欄：

B1. 視力：裸視(右 _____ 左 _____) 矯正：(右 _____ 左 _____)

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：

◎糖尿病之視網膜病變：

1. 正常；2. 異常(續答)：① 輕度非增殖性視網膜病變(BDR)：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. 轉介醫院進一步檢查及治療，轉介院所名稱：_____

B9. 備註其他情形請說明：_____

C. 如視網膜檢查結果為異常者，請續填下列項目：

C1. 被檢查人是否自知罹患糖尿病？ 是 否；如答「是」請續填下列第②題C2. 被檢查人是否已因糖尿病定期就醫？ 是，就醫院所：_____ 否

上述 C1 或 C2 均答「否」者，請協助轉診至當地衛生所就醫

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

原
診
治
眼
科
院
所接
受
轉
診
院
所

D. 診療結果

D1. 確診診斷：_____

D2. 最近一次檢查結果：血糖(AC) _____ (PC) _____、HbA1c：_____、BP：_____、LDL：_____

D3. 是否已服用糖尿病藥物？ 是 否

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