

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