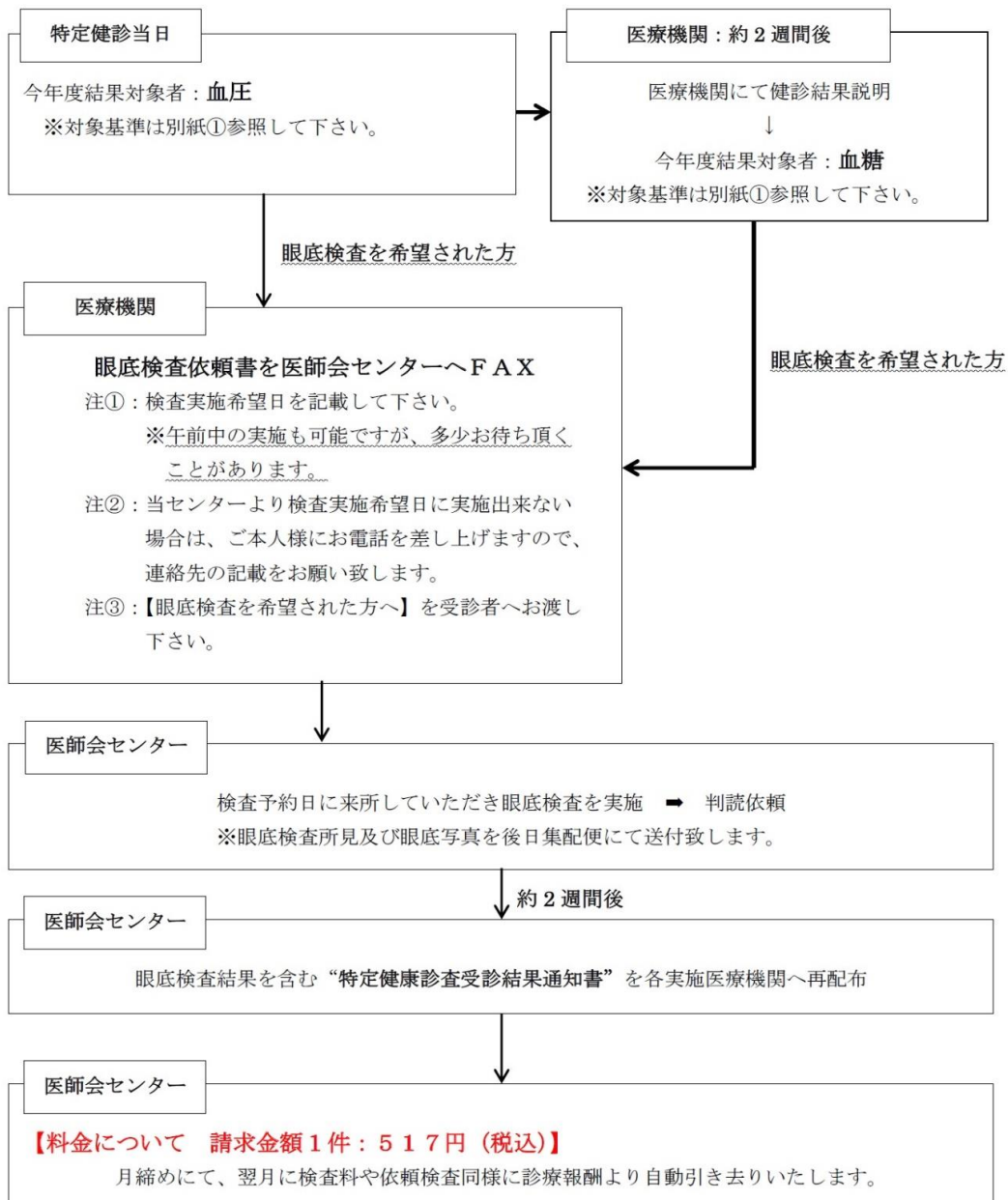


【眼底検査依頼方法及び検査の流れ（フローチャート）について】



眼底検査を希望された方へ

受診に際し、下記事項をご確認の上お越しくださいますようお願いいたします。
また、ご不明点や検査日変更のご希望がございましたらお気軽に当センターまでお問い合わせください。

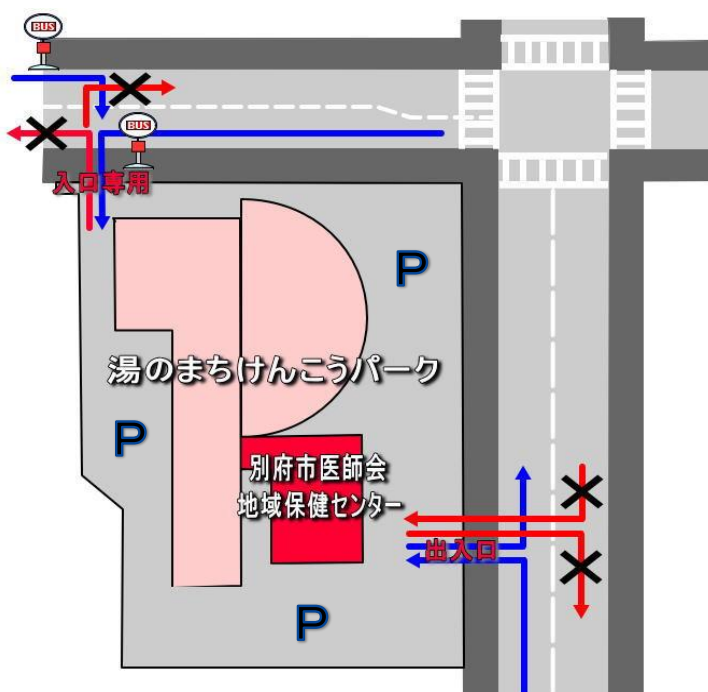
検査実施日時 月 日() : ~

●眼底検査及び注意事項

- 眼底検査は別府市医師会地域保健センターで行います。当日ご持参していただくものは特にありません。
- 検査所要時間は、約5分程度で検査料は無料です。
- コンタクトレンズ使用の方は、眼鏡で来られるかコンタクトケースをご持参下さい。
- 眼底検査を実施した約2週間後に特定健診を受けられた医療機関へ眼底検査結果を含む報告書を受け取りに行かれて下さい。※事前に医療機関へ問い合わせをお願い致します。

●自家用車、自転車等でお越しになる方へ

- 駐車場、駐輪場への入口は、別府公園側（入口専用）と富士見通り側の2箇所ございます。
- 建物の入口は3箇所ございますが、海側の入口よりお入りいただき2階の窓口にて受付を行って下さい。



別府市医師会地域保健センター

Beppu Medical Association ～あなたとともに、健康づくり～

〒874-0931 別府市西野口町15番33号
TEL 0977-23-2279
FAX 0977-26-4001

特定健康診査眼底検査依頼書

受診者 氏名	<small>フリガナ</small>	性別	生年月日		
		男・女	昭和	年	月 日 生 (歳)
		連絡先			

令和 年 月 日受診の特定健診において

令和6年度健診結果等において基準に該当した者 の為 眼底検査をお願いいたします。

令和 年 月 日

特定健診実施医療機関名:

印

検査実施日 月 日 PM : ~

【午前中当センターへ来所希望の方について】
 ※午前中は健康診断を実施していますので、多少お待ちして頂くこととなりますが、
 実施は致します。

※下記項目は眼底写真判読時参考にするデータとなりますので、医療機関にてご記入お願い致します。

血 圧	/	mmHg
-----	---	------

【眼底検査実施可能対象者】

①特定健診当日の血圧測定の結果、収縮期血圧が140mmHg以上又は拡張期血圧が90mmHg以上の基準に該当した方で眼底検査を希望された方

②特定健診実施後、上記①の基準に該当しなかったが、血糖値の結果、空腹時血糖が126mg/dl以上、HbA1cが6.5%以上、随時血糖が126mg/dl以上のうちいずれかの基準に該当した方で眼底検査を希望された方