

## 診療情報提供書 緑内障用連携パス

患者氏名	←ご自身でご記名をお願いいたします			
生年月日	年	月	日	←ご自身でご記載をお願いいたします

### 紹介医 御中（新潟大病院で記載します）

記載日	年	月	日	担当医	(印)
点眼変更	なし ・ あり ( )				
(ノンコン・アプラネーション・アイケア)			RT=	mmHg	
			LT=	mmHg	
(ノンコン・アプラネーション・アイケア)			RT=	mmHg	
			LT=	mmHg	
視野検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 貴院でご施行願います (10-2, 24-2, GP)</li> <li>・ 当院で定期的に施行予定 (10-2, 24-2, GP)</li> <li>・ 今回施行いたしました (コピー添付)</li> </ul>				
当院での診療間隔	3ヶ月 ・ 6ヶ月 ・ 9ヶ月 ・ 1年 ・ 次回は1ヶ月以内				
その他					

### 新潟大病院 行（かかりつけ医でご記載をお願いします）

医療機関名	紹介医				
記載日	点眼変更 なし ・ あり ( )				
連絡事項	変わりなし ・ 眼圧上昇傾向疑う ・ 視野進行傾向疑う ・ その他 ( )				
測定日時	測定方法	眼圧値		乳頭出血	
年 月 日 時	(ノンコン・アプラ・アイケア)	右=	mmHg、左=	mmHg	あり・なし
年 月 日 時	(ノンコン・アプラ・アイケア)	右=	mmHg、左=	mmHg	あり・なし
年 月 日 時	(ノンコン・アプラ・アイケア)	右=	mmHg、左=	mmHg	あり・なし
年 月 日 時	(ノンコン・アプラ・アイケア)	右=	mmHg、左=	mmHg	あり・なし
年 月 日 時	(ノンコン・アプラ・アイケア)	右=	mmHg、左=	mmHg	あり・なし
当院での視野検査	当院では施行せず ・ (ゴールドマン視野、自動視野) コピー添付				
その他					