

眼底検査依頼状

年 月 日

【眼底検査実施医療機関】

様

【市民健康診査(特定健診)実施医療機関】

住所

医療機関名

氏名

印

豊中市民健康診査（特定健診）で、次の方は眼底検査が必要となりましたので検査及び結果報告をよろしくお願いいたします。

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			年 月 日生
住所	豊中市		

市民健康診(特定健診)査結果（一部）

市民健康診査 (特定健診)受診日	年 月 日
血圧値	最高 mmHg / 最低 mmHg
その他の特記事項	

恐れ入りますが、結果については**眼底検査結果報告書**（健診実施医療機関宛報告用）を当院宛にお返しください。請求については豊中市保健所 コロナ健康支援課（問合せ先 6858-2291）までお願いします。