

診 断 書

ふりがな				昭和	年	月	日	歳
氏名				平成				
住所かな	〒 -							
住所								
身体	身長	cm	伝染性皮膚疾患 無	現症				
	体重	kg						
眼科	視力	右	その他の伝染性疾患 無					
		左						
	眼疾	無						
		有()						
耳鼻科	聴力	右	胸部X線写真 					
		左						
	疾病	無						
		有()						
血圧	/ mmHg			異常なし 異常あり(所見) 				
血液検査	TPHA法		HBS抗原					
	RPR法		HCV抗体					
	CRP		総タンパク					
	赤血球		総コレステロール					
	白血球		血糖					
	ヘモグロビン		クレアチニン					
	GOT		BUN					
	GPT							
	γ-GTP							
現疾病(治療の要否)・投薬内容・リハビリ訓練の可否および注意点								

上記の通り診断する。

令和 年 月 日

病院名

医師

印