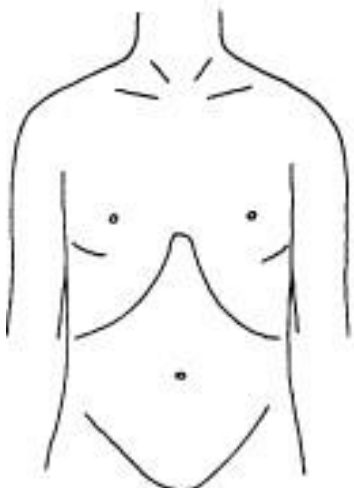




診 断 書

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--------|-------|----|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---|--|--|
| ふりがな | | | 昭和 | | | | | | 歳 | | |
| 氏名 | | | 平成 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 住所かな | 〒 - | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | | |
| 身体 | 身長 | | | cm | 伝染性皮膚疾患 | | 現症  | | | | |
| | 体重 | | | kg | 無 | | | | | | |
| 眼科 | 視力 | 右 | | | 有 () | | 胸部X線写真  | | | | |
| | | 左 | | | その他の伝染性疾患 | | | | | | |
| | 眼疾 | 無 | | | 無 | | | | | | |
| | | 有 () | | | 有 () | | | | | | |
| 耳鼻科 | 聴力 | 右 | | | 胸部X線写真  | | | | | | |
| | | 左 | | | | | | | | | |
| | 疾病 | 無 | | | | | | | | | |
| | | 有 () | | | | | | | | | |
| 血圧 | / | | | | mmHg | | | | | | |
| 血液検査 | TPHA法 | | | HBS抗原 | | 心電図 | | 異常なし 異常あり(所見) | | | |
| | RPR法 | | | HCV抗体 | | | | | | | |
| | CRP | | | 総タンパク | | 尿検査 | | タンパク | | | |
| | 赤血球 | | | 総コレステロール | | | | | | | |
| | 白血球 | | | 血糖 | | 糖 | | ウロビリノーゲン | | | |
| | 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