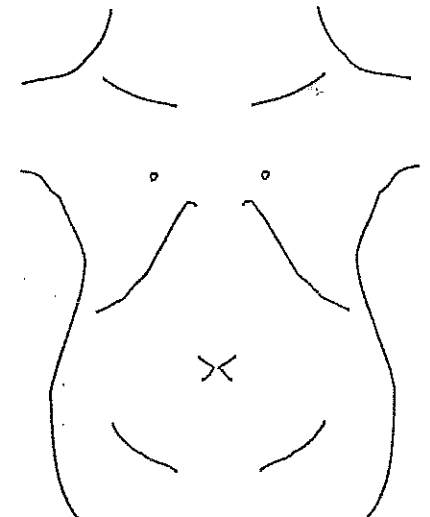
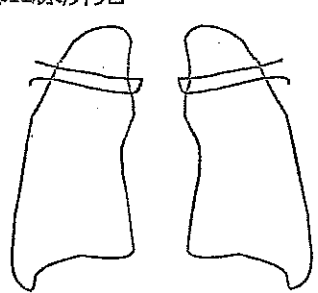


# 診 断 書

氏名 <span style="float: right;">(昭和・平成) 年 月 日生( 才)</span>		
住所 (〒 - )		
伝染性皮膚疾患 無 有 ( )	現症 	心電図異常 無 有 有りの場合所見
その他の伝染性疾患 無 有 ( )	胸部X線所見 	尿蛋白 蛋白 ( ) 糖 ( ) ウロビリノーゲン ( )
検 査 血圧 ( ) / ( ) mmHg 血液検査 TPHA法 ( )      HBS抗原 ( )      総コレステロール ( ) LUES ( )      HCV抗体 ( )      GPT ( ) 赤血球 ( )      白血球 ( )      BUN ( ) 総蛋白 ( ) g/dl      ヘモグロビン ( ) g/dl GOT ( )      クレアチニン ( )		現疾病(治療の要否)
既往歴及び家族歴		
治療経過及び現在の処方		
リハビリ訓練の可否および注意点		

上記の通り診断する。

平成 年 月 日

病院名

医師

印