

# 診断書

氏名 \_\_\_\_\_ 殿 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 ( 男性 ・ 女性 )

生年月日 ( 明 ・ 大 ・ 昭 ) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

傷病名	発症年月	経過	傷病名	発症年月	経過
	年 月	治療中・終了		年 月	治療中・終了
	年 月	治療中・終了		年 月	治療中・終了
	年 月	治療中・終了		年 月	治療中・終了

これまでの治療経過および最近の病状

処方内容

生活上の留意点(食事・入浴・活動など)

身長・体重	視力	聴力	バイタル	
身長 _____ cm	右 ( )	右	血圧 /	体温 _____ °C
体重 _____ kg	左 ( )	左	脈拍	

血液【検査日 年 月 日】						尿【検査日 年 月 日】		
Hb		TP		BUN		FBS		蛋白
RBC		Alb		Cre		HbA1c		糖
WBC		AST(GOT)		Na		T-cho		潜血
PLT		ALT(GPT)		K		TG		
		ALP		Cl		HDL		
		γ-GTP		Ca				

感染症【検査日 年 月 日】	胸部X線【検査日 年 月 日】	心電図所見【検査日 年 月 日】
HBs抗原 ( + - )		
HCV抗体 ( + - )		
梅毒 ( + - )		
疥癬 ( + - )		
結核の既往 有 ・ 無		

上記の通り診断いたします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所在地 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_