

診 断 書

検査を受ける者の住所及び氏名

住 所

氏 名

男 女 (明・大・昭 年 月 日)

上記の者に対する検査は、下記のとおりです。

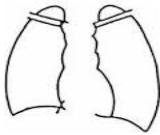
平成 年 月 日

医療機関の所在地

名 称

医 師 名

⑩

1. 傷 病 名				
2. 検査の結果				
既 往 症		血圧測定検査	最大値 mmHg 最小値 mmHg	
自 覚 症 状		糞 便 検 査	虫卵 (- +)	
視 診		赤 血 球 沈 降 速 度 測 定 値	1 時間 () 2 時間 ()	
聴 診	心音 (純 ・ 不純) 不整脈	血 清 反 応 検 査	定 性 定 量	
栄 養 状 態	(良 ・ 中 ・ 不良) 肥満度 (特 大 ・ 大 ・ 中 ・ 小)		S T S	緒方法 () () 疑集法 () () 又は ガラス板法 () ()
浮 腫	眼 瞼 (- ± + ±) 下 腿 (- ± + ±)		T P H A	TPHA () ()
尿 反 応 検 査	蛋白 定性 () 定量 () 糖 定性 () 定量 ()	B 型肝炎検査 C 型肝炎検査	HBs 抗原 () HCV 抗体	
胸 部 レントゲン 検 査		そ の 他		
3. 今後の治療の要否 要入院 ・ 要通院 ・ 治療不要				
4. 施設入所についての所見 (伝染性疾患の感染症等)				