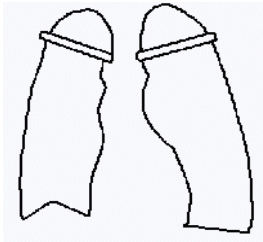


# 診 断 書

氏 名				男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日生
住 所				電 話	( ) -	
既 往 歴				血 圧		- mmHg
現 症				診 察 所 見	感覚器	
身 長	c m				循環器	
体 重	k g				呼吸器	
視 力	右	・ ( ・ )			その他	
	左	・ ( ・ )				
聴 力	右	正 常 ・ ( )		X線検査  NO. _____	直 接 ・ 間 接  〈所 見〉 1. 著変を認めない  2. 要観察  3. 要精密検査  4. 要医療	
	左	正 常 ・ ( )				
尿 検 査	蛋 白	糖	ウロビリ ノーゲン			
その他の検査等						
総 合 判 定						
上記のとおり診断します 平成 年 月 日  <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">印</div>						