

診 断 書

氏 名		生年月日	昭和 平成	年	月	日
住 所						
身 長	cm		体 重	kg		
聴 力	右()		左()			
視 力	右()		矯正()			
	左()		矯正()			
呼 吸 器	X 線	間 接 直 接	所見 :			
血 圧	/					
検 尿	蛋白()					
	糖 ()					
現 在 の 疾 病						
そ の 他 の 身 体 障 害						
主 なる 既 往 症						
そ の 他 の 所 見						
上記のとおり診断します。						
令和 年 月 日						
医療機関所在地						
医療機関名						
医師氏名						
㊞						