

情 報 提 供 票

氏 名		男 ・ 女	生 年 月 日	明 治 大 正 昭 和	年 月 日生(歳)
住 所	電話番号				
既往症					
現症及び病名				伝染性皮膚疾患の有無	
定期的に処方されている内服薬・注射薬					
尿検査 (定性)	糖 蛋 白			血液検査	HBS Ag
血 圧	入浴血圧 許可範囲		HCV Ab		
身 長	cm		梅毒血清 反応検査		
体 重	kg				
聴打診上の所見					
胸部			腹部		
その他の診察所見					
個別機能訓練. 可 2. 不可		入 浴		1. 可 2. 不可	
医師所見及び連絡事項					

- 注意
1. 必要と認められるときは、胸部X線所見や他の検査結果の添付をお願いします。
 2. 太線欄に関しましては必ず記載をお願いします。

上記のとおり診断します。

医療機関

平成
所在地
名称
医師

年

月

日