

診 断 書

【 四万十市総務課 】

住 所										
氏 名				生年月日		昭和 平成 年 月 日				
既 往 歴										
自 覚 症 状 他 覚 症 状										
身 長				聴 力	右		1000Hz	1 所見あり	2 所見なし	
体 重					左		4000Hz	1 所見あり	2 所見なし	
視 力()内は 矯 正 視 力	右	()			左		1000Hz	1 所見あり	2 所見なし	
	左	()			検 査 方 法			1 オージオ	2 その他	
胸部エックス線検査		1 直 接		2 間 接		所 見				
		撮 影 日		平成 年 月 日						
		フィルムNo.								
血 圧		/		mmHg						
貧 血 検 査	血色素値				g/dl					
	赤血球数				万/mm ³					
肝 機 能 検 査	G O T				IU/l					
	G P T				IU/l					
	γ-GTP				IU/l					
血 中 脂 質	総コレステロール				mg/dl					
	トリグリセライド				mg/dl					
尿 検 査	糖		- . + . ++ . +++							
	蛋 白		- . + . ++ . +++							
心電図検査										
上記のとおり診断します。										
平成 年 月 日										
医療機関名										
医 師 名										
印										