**診　　　断　　　書**

試験日までに提出

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　 　　所 |  |
| 氏　　　 　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日（　　才） |
| 胸部X線所見 | 撮影日　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　直接・間接　　No. |
| 血　圧 |  | 身　長 | cm | 視　力 | 右（　　　　）左（　　　　） |
| 検　尿 | 糖　（　　　）潜血（　　　）蛋白（　　　）ウロ（　　　） | 体　重 | ㎏ | 聴　力 | 右（　　　　）左（　　　　） |
| 既　 　往 　　歴 |  |
| そ　 　の 　　他備　　　 　　考 |  |

**上 記 の と お り 診 断 す る。**

令和　　　　年　　　　月　　　　日

病 院 名

所 在 地

医　 師　　　　　　　　　　　　　　　　　　印