（様式第８号の３）

健康診断の成績（医療手帳交付申請用）

令和　　年　　月　　日実施

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 |  | 健康管理手帳（手帳番号） | 無 ・ 有（　　　　　　） |
| 診　断　名 |  |
| 理学的所見 | 呼吸器 | 異常　無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他 |  |
| 胸部Ｘ線検査（　年　月　日） |  | 肺機能検査 | 肺活量　　　　　ml |
| 肺活量比　　　　％ |
| １秒率　　　　　％ |
| ２４時間蓄痰 | ml | 性状 | 漿液性　粘液性　粘膿性　膿性　血性 |
| 現在治療中の疾患 |  無 ・ 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 総 合判 定 | Ａ：異常ありません。Ｂ：わずかに異常を認めますが，日常生活に差し支えありません。Ｃ：日常生活に注意を要しますので，医師の指示を受けてください。Ｄ：医師による治療を要します。 |
| 以上のとおり，診断します。　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　医療機関の所在地　　　　　　　　　　　　医療機関の名称　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |