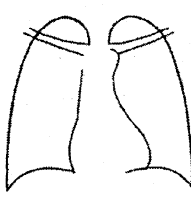


(様式第25号)

診 断 書

(保健手当<疾病>用)

氏 名			明治 大正 昭和	年 月 日生	男 ・ 女		
居 住 地							
※疾病の名称							
今後医療を必要とする期間	年 月 間						
※1の欄の疾病とガス障害作用の影響と関連	1 ガス障害作用の影響によるものであることが明かである。 2 ガス障害作用の影響によるものでないことが明かである。 3 ガス障害作用の影響によるものであるか否かが不明である。						
現 症	理 学 的 所 見	血 圧	/ mmHg		心 脈 管		
		肺 臓					
		皮 膚					
	臨 床 病 理 学 的 検 査	末 梢 血 査	赤 血 球 数	$\times 10^4 / m^3$			
			赤 色 素 量	g/dl %			
		尿 検 査	糖	1 陽性 2 陰性		蛋 白	1 陽性 2 陰性
			ウロビリノーゲン	1 増加 2 正常 3 減少			
		24 時 間 蓄 痰 性 状	粘 液 性	ml		粘 液 膿 性	ml
			膿 性	ml		膿 性 + 血 液	ml
	肺 機 能 査	肺 活 量	ml		肺 活 量 比	%	
		1 秒 量			1 秒 率		
	組 織 病 理 診 断 ( 年 月 日 )						
	X 線 検 査	胸部 ( 年 月 日 )		心 電 図 ( 年 月 日 )			
							
	※その他の検査 (耳鼻科, 胃検査)						
経過並びに現在の治療状況							
以上のとおり診断します。 令和 年 月 日							
医療機関の名称 所在地 医師氏名							
印							

※1 24時間蓄痰性状及び現在の治療状況は、必ず記載のこと  
 ※2 その他の検査は、実施されることが望ましい。(耳鼻科的診断は、別に診断書を添付すること、様式は定めない。)