（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 | | | | | | | | | |