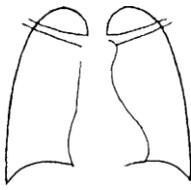


(様式第25号)

診 断 書

(保健手当<疾病>用)

氏 名	明治 大正 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	末梢血検査	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	m l	粘 液 膿 性	m l
			膿 性	m l	膿 性 + 血 液	m l
		肺機能検査	肺 活 量	m l	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						

※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。)