

内 科 診 断 書

H-1

福井県立盲学校 高等部理療科

氏 名			生年 月日	昭和 平成	年 月 日生
既 往 歴					
現在の 身体 状況	血 圧	最高	最低		
	検 尿	糖	蛋白		
	血液検査	HBs抗原	HCV抗体	血液型（ 型）	
現 病 歴					
内服薬	薬 品 名				
	留 意 事 項				
学校生活および 授業（特にあん摩 スポーツ実技）に 関する注意事項					

令和 年 月 日 医療機関名_____

医師の氏名_____ 印