

年 月 日)()回目

主病：
☐糖尿病 ☐高血圧症 ☐脂質異常症

[illegible]

※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名
医師氏名

(印)